

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

DYNAMIQUES D'APPROPRIATION ET DE CONSTRUCTION DE SAVOIRS  
PROFESSIONNELS AU SEIN D'UNE COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE VIRTUELLE  
D'INHALOTHÉRAPEUTES

MÉMOIRE  
PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN COMMUNICATION

PAR  
MARISE TÉTREAU

AVRIL 2013

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

En préambule à ce mémoire de recherche, je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères à l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ) qui m'a permis d'assumer mes fonctions de responsable des activités du *Campus OPIQ* tout en réalisant une recherche de l'intérieur. De même, je remercie tous les inhalothérapeutes qui, de près ou de loin, ont contribué à faire de cette recherche une réalité. Sans eux, celle-ci n'aurait pu être aussi riche, colorée et nuancée. Du seul fait qu'à mon avis, trop peu de recherche sur les humains se sont intéressées (directement ou indirectement) aux inhalothérapeutes, je leur dédie ce travail, fruit de deux années de recherche méthodique.

Mes remerciements s'adressent également à ma direction de recherche, Mesdames Christine Thoër et Florence Millerand qui, sans compter les heures, les mois, ni même les années, ont su me diriger à bon port, et ce, malgré les vents et marées de la vie. Leur passion pour la communication et la santé ainsi que leurs compétences respectives et complémentaires ont été à la hauteur de mes attentes, lesquelles étaient très hautes. Faire partie de leur équipe, le temps d'une recherche, fut un véritable privilège pour moi. Je vous assure que nos communications me manqueront grandement.

J'exprime aussi ma gratitude à Madame Josée Prud'homme, directrice générale et Secrétaire de l'OPIQ. Peu de mots peuvent exprimer avec justesse ma reconnaissance envers celle qui a toujours eu confiance en moi. J'écirai donc tout simplement que sans elle, je n'aurais pu réaliser ce magnifique projet. À tous mes proches qui sont demeurés près de moi ces dernières années, je vous salue et vous remercie pour vos encouragements et votre patience à mon égard.

Évidemment, mes dernières pensées vont vers Antoine et Julien, amours de ma vie. Les garçons, juste un petit mot pour vous « *Maman vous aime à l'infini et je reviens enfin à la maison !* »

Bonne lecture !

Marise Tétreault, inh

## TABLE DES MATIÈRES

|   |      |
|---|------|
| LISTE DES FIGURES .....   | VI   |
| LISTE DES TABLEAUX .....  | VII  |
| LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES .....   | VIII |
| RÉSUMÉ .....  | X    |
| INTRODUCTION .....  | 1    |
| CHAPITRE I  |      |
| 1.1 Objet de la recherche .....   | 3    |
| 1.2 Probleme de recherche .....   | 3    |
| 1.2.1 Le savoir .....   | 3    |
| 1.2.2 La communauté de pratique virtuelle .....   | 4    |
| 1.3 Objectifs de la recherche .....   | 6    |
| 1.4 Questions de recherche .....  | 6    |
| 1.5 Pertinence de la recherche .....  | 7    |
| CHAPITRE II   |      |
| 2.1 Travaux sur l'appropriation des technologies .....  | 9    |
| 2.2 Travaux sur l'apprentissage social .....  | 11   |
| 2.3 Travaux sur la communautique .....  | 14   |
| CHAPITRE III  |      |
| 3.1 Contexte de mise en place et caractéristiques de la communauté de pratique virtuelle<br>à l'étude ..... | 17   |
| 3.2 Méthodes de recherche .....   | 20   |
| 3.3 Présentations des techniques de recueil de données .....  | 21   |
| 3.3.1 L'ethnographie virtuelle (netnographie) .....   | 21   |
| 3.3.2 L'analyse des contenus échangés .....   | 24   |
| 3.3.3 La passation d'un questionnaire en ligne (sondage) .....  | 27   |
| 3.3.4 Les entrevues individuelles d'appoint .....   | 30   |
| 3.4 Analyse des données .....   | 34   |
| 3.5 Considérations éthiques de la recherche avec des humains .....  | 38   |
| 3.5.1 L'annonce de notre recherche .....  | 39   |



## CHAPITRE IV

|  |    |
|--|----|
| 4.1 Analyse des contenus échangés.....   | 42 |
| 4.1.1 Le taux de participation à la communauté virtuelle .....   | 42 |
| 4.1.2 Le profil des interactions observées .....   | 44 |
| 4.1.3 Le profil des échanges observés .....  | 45 |
| 4.1.4 Les types d'échange lié à la pratique clinique.....  | 46 |
| 4.1.5 Les types de savoir échangés.....  | 48 |
| 4.1.6 Les champs de pratique clinique visés par les échanges observés .....  | 50 |
| 4.1.7 Les types de processus de construction des connaissances selon la déclinaison en<br>cinq étapes de Gunawardena.....                                    | 52 |
| 4.2 Passation d'un questionnaire en ligne .....  | 54 |
| 4.2.1 Le portrait des répondants .....   | 55 |
| 4.2.2 Les attentes de départ des répondants à l'égard du forum de discussion et des boîtes<br>à questions.....   | 56 |
| 4.2.3 L'Intérêt ou motivation des répondants à utiliser ou non le forum de discussion et<br>les boîtes à questions.....                                      | 56 |
| 4.2.4 L'habitude d'utilisation/participation des répondants au forum de discussion et aux<br>boîtes à questions .....  | 57 |
| 4.2.5 La perception des répondants concernant l'amélioration de leur pratique grâce à<br>leur présence (contribution ou observation) au sein de la CoPv..... | 58 |
| 4.3 Entrevues individuelles d'appoint .....  | 58 |
| 4.3.1 La représentante de l'OPIQ (instigateur de la CoPv à l'étude) .....  | 59 |
| 4.3.2 L'utilisateurs du forum de discussion et des boîtes à questions.....   | 61 |
| 4.3.3 Les attentes de départ .....   | 62 |
| 4.4 Synthèse des résultats.....  | 65 |

## CHAPITRE V

|  |    |
|--|----|
| 5.1 Dynamique d'appropriation des connaissances et expertises professionnelles.....  | 68 |
| 5.1.1 L'intégration des outils de communication et de collaboration (forum de discussion<br>et boîtes à questions) par les membres du <i>Campus OPIQ</i> ..... | 68 |
| 5.1.2 Les usages développés par les membres de la CoPv.....  | 72 |
| 5.2 Capacité de transmettre et de favoriser la construction de nouveaux savoirs .....  | 73 |
| 5.2.1 La transmission de savoirs .....   | 73 |
| 5.2.2 La construction de savoirs.....  | 75 |

|  |     |
|--|-----|
| 5.2.3 La validité des contenus échangés en ligne .....   | 76  |
| 5.3 Impacts perçus sur la pratique professionnelle de la participation à la communauté de<br>pratique virtuelle.....             | 77  |
| 5.3.1 Les connaissances et l'expertise .....   | 77  |
| 5.4 Limite de la recherche .....   | 79  |
| 5.4.1 Le nombre de répondants à notre questionnaire en ligne .....   | 79  |
| 5.4.2 Le nombre de contributeurs et d'observateurs rencontrés en entrevues.....  | 79  |
| 5.4.3 Les contextes d'usages (établissement de santé, fournisseur d'équipement médical,<br>maison d'enseignement ou autre) ..... | 80  |
| CONCLUSION .....   | 81  |
| APPENDICE A  |     |
| LA PROFESSION D'INHALOTHERAPEUTE, L'OPIQ ET LE <i>CAMPUS OPIQ</i> .....  | 85  |
| APPENDICE B  |     |
| PRESENTATION DU PROJET DE RECHERCHE .....  | 89  |
| APPENDICE C  |     |
| INVITATION A REpondre A UN QUESTIONNAIRE EN LIGNE (ORDONNEE) .   | 93  |
| APPENDICE D  |     |
| INVITATION A REpondre A UN QUESTIONNAIRE EN LIGNE ( <i>CAMPUS OPIQ</i> )<br>.....  | 95  |
| APPENDICE E  |     |
| INVITATION A REpondre A UN QUESTIONNAIRE EN LIGNE (CONGRES 2011)<br>.....  | 96  |
| APPENDICE F  |     |
| CERTIFICAT D'ETHIQUE DE RECHERCHE SUR LES HUMAINS .....  | 98  |
| APPENDICE G  |     |
| LETTRE DE PRESENTATION – DIRECTRICE GENERALE DE L'OPIQ .....   | 99  |
| APPENDICE H  |     |
| FORMULAIRE DE CONSENTEMENT A L'ENTREVUE INDIVIDUELLE.....  | 100 |
| APPENDICE I  |     |
| QUESTIONNAIRE EN LIGNE .....   | 104 |
| BIBLIOGRAPHIE .....  | 112 |

## LISTE DES FIGURES

| Figure  | Page |
|---|------|
| 2.1 : Principe 90-9-1 .....   | 11   |
| 3.1 : Étapes de l'analyse des données qualitatives.....   | 27   |
| 4.1 : Répartition (%) des interventions selon les modes de contributions.....   | 48   |
| 4.2 : Répartition (%) des interventions selon le type de savoir .....   | 50   |
| 4.3 : Répartition (%) des interventions selon le champ de pratique clinique. ....   | 51   |
| 4.4 : Répartition des interventions selon le processus de construction des connaissances<br>de Gunawardena. ....                        | 54   |
| 5.1 Répartition (%) des membres qui croient que l'ajout d'un forum de discussion<br>pourrait bonifier leur apprentissage en ligne. .... | 71   |

## LISTE DES TABLEAUX

| Tableau   | Page  |
|---|-------|
| 3.1 : Parmi les sujets notés au fil du temps .....                                  | 22    |
| 3.2 : Modalités de traitement des données recueillies .....                         | 36-37 |
| 3.3 : Dimensions, indicateurs et méthodologie de recherche .....                    | 41    |
| 4.1 : Représentativité des données recueillies selon le profil des répondants ..... | 55    |
| 4.2 : Synthèse des résultats.....   | 66-67 |

## LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

|                    |  |
|--------------------|--|
| <i>ARDS</i>        | <i>Acute respiratory distress syndrome</i> (syndrome de détresse respiratoire aiguë, SDRA) |
| <i>ATS</i>         | <i>American Thoracic Society</i>   |
| <i>BiPAP</i>       | <i>Bi-level Positive Airway Pressure</i>   |
| BAQ                | Boîte à questions  |
| CA                 | Conseil d'administration   |
| CH                 | Centre hospitalier   |
| CLSC               | Centres locaux de services communautaires  |
| cmH <sub>2</sub> O | Centimètre d'eau   |
| CIEREH             | Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains                     |
| CoP                | <i>Community of practice</i> (communauté de pratique)                                      |
| CoPv               | <i>Community of practice virtual</i> (communauté de pratique virtuelle)                    |
| CORE               | Compliance, Oxygenation, Respiration, Effort (indice de CORE)                              |
| CSSS               | Centre de santé et de services sociaux   |
| Cyto               | Cytologie  |
| <i>ERS</i>         | <i>European Respiratory Society</i>  |
| GMF                | Groupe de médecine de famille  |
| H1N1               | Influenza Virus H1N1   |
| Inhalo             | Inhalothérapeute, inhalothérapie   |
| Labo               | Laboratoire  |
| mcg                | Microgramme (mg, µg)   |
| <i>MEP</i>         | <i>Maximum inspiratory pressure</i> (pression expiratoire maximale, PEM)                   |
| Microbio           | Microbiologie  |
| <i>MIP</i>         | <i>Maximum expiratory pressure</i> (pression inspiratoire maximale, PIM)                   |
| MPOC               | Maladie pulmonaire obstructive chronique   |
| OPIQ               | Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec  |
| PaO <sub>2</sub>   | Pression partielle d'Oxygène   |
| PDP                | Prélèvement distal protégé   |
| <i>PEEP</i>        | <i>Positive End Expiratory Pressure</i> (pression positive expiratoire, PEP)               |
| Post broncho       | Post bronchoscopie   |

|         |   |
|---------|---|
| Pt, Pts | Patient, Patients   |
| Pulm    | Pulmonaire (une embolie pulmonaire)   |
| RRT     | <i>Registered Respiratory Therapist</i> (thérapeute respiratoire, inhalothérapeute) |
| RSBI    | <i>Rapid shallow breathing index</i>  |
| SVP     | S'il vous plaît   |
| TIC     | Technologies de l'information et de la communication                                |
| TET     | Tube endotrachéal   |
| TFR     | Test (s) de fonction respiratoire   |
| Trachéo | Trachéotomie, trachéostomie   |
| VAP     | Ventilation artificielle prolongée  |
| VPPNI   | Ventilation à pression positive non invasive  |

## RÉSUMÉ

Si la pratique de l'inhalothérapie requiert des savoirs cliniques et techniques, le partage de savoirs tacites (données intangibles) est tout aussi indispensable que le partage de savoirs explicites (données tangibles) dans le maintien des compétences. L'apprentissage de savoirs est, *a priori*, du domaine maître/élève, mais les outils de socialisation disponibles sur le Web 2.0 représentent une nouvelle opportunité de partage et de construction de savoirs (constructivisme social des connaissances).

**Objet :** notre recherche a pour objet une communauté de pratique virtuelle (CoPv) d'inhalothérapeutes, utilisateurs d'un forum de discussion et de boîtes à questions, mis en place par l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (organisme de réglementation québécois). **Objectif :** dans le cadre d'un questionnement sur l'appropriation des technologies et des CoPv en milieu professionnel, notre recherche étudie l'impact de l'utilisation de deux outils de communication et de collaboration virtuels sur la pratique professionnelle des inhalothérapeutes. **Méthodologie :** notre recherche mobilise une méthode mixte avec un volet qualitatif dominant. Quatre techniques de recueil de données (ethnographie virtuelle, analyse du discours, questionnaire en ligne et entrevue individuelle) sont mobilisées. **Résultats :** les membres de la CoPv se sont appropriés les outils de communication et de collaboration offerts. L'avoir intellectuel de la CoPv est composé de 60% de savoirs tacites (savoirs expérientiels) et 40% de savoirs explicites (savoirs procéduraux), et les savoirs de nature scientifique et référencée sont de l'ordre de 30%. L'absence de validation des savoirs échangés, laquelle paraît vitale en contexte de soins de santé, semble représenter un frein à l'appropriation des savoirs partagés. Les membres souhaitent que chaque questionnement reçoive minimalement une réponse validée, même si celle-ci n'est que partielle. **Conclusion :** le forum de discussion et les boîtes à questions sont des lieux virtuels d'échanges favorisant la transmission et la construction de savoirs professionnels et ils peuvent permettre l'actualisation et l'uniformité de la pratique professionnelle de l'inhalothérapie. Il serait souhaitable que l'implication des membres de la CoPv soit rehaussée et que les savoirs échangés soient validés en ligne. Des pistes d'amélioration sont proposées afin d'accroître l'efficacité et l'avoir intellectuel de la communauté de pratique virtuelle étudiée.

Mots-clés : communauté de pratique, usages, savoirs, inhalothérapie



## INTRODUCTION

La pratique de l'inhalothérapie requiert un savoir, un savoir-faire et un savoir-être tant clinique que technique. Or, comme le domaine médical évolue très rapidement, il est essentiel que tous les inhalothérapeutes bénéficient de modalités de mise à jour régulière de leur bagage de connaissances en soins cardiorespiratoires.

De façon générale, l'apprentissage de savoirs est conçu tel un phénomène personnel qui se manifeste à l'intérieur d'une durée bien précise, soit par une maison d'enseignement (formation initiale), un employeur ou par le professionnel lui-même (formation continue). Ainsi, dissociée des activités courantes de l'apprenant, l'acquisition de savoirs est, de façon sous-entendue, le produit d'un enseignement et c'est souvent avec ce modèle en tête que l'on aménage des salles de classe où les apprenants, à l'abri des distractions du monde extérieur, peuvent se concentrer sur la matière.

Imaginons cependant qu'il soit possible d'adopter une perspective différente, laquelle situerait l'apprentissage dans le contexte d'une expérience de participation vécue dans le monde extérieur<sup>1</sup>. Imaginons l'apprentissage sous l'angle d'une participation sociale qui, en contexte de communauté de pratique virtuelle (tels que le forum de discussion et des boîtes de questions), se transforme en un mode collectif d'apprentissage et de développement des connaissances, et ce, par la mise en commun de savoirs différents<sup>2</sup> (constructivisme social des connaissances).

Dans ce même ordre d'idée, Lejeune et Harvey<sup>3</sup> nous apprennent qu'Internet et les nouvelles technologies de l'information et de la communication (TIC) induisent dans la société des changements irréversibles, qui exigent une nouvelle façon de concevoir les univers de travail. Dans les faits, ce sont deux paradigmes qui se confrontent dans la littérature scientifique reliée aux domaines de la santé : le paradigme médical de soins qui, selon une approche scientifique mécaniste et hiérarchique, veut que la prise de décision se fasse principalement au niveau des instances gouvernementales et des niveaux

---

<sup>1</sup> Wenger, E., 2005.

<sup>2</sup> Université Paris Descartes. [En ligne] Page consultée le 22 janvier 2009.

<sup>3</sup> Lejeune, A. et Harvey, P.L., 2007.



de gestion des institutions et le paradigme social constructiviste d'apprentissage qui, distribué entre divers systèmes d'activité et de services en interaction continue, privilégie une prise de décision au niveau des professionnels qui sont proches de la source du problème et peuvent souvent plus facilement identifier des pistes de solution.

Ainsi exprimé, l'on comprend que des professionnels de la santé, tel que les inhalothérapeutes doivent, d'une part, posséder et maintenir toutes les compétences nécessaires à la prestation optimale de soins cardiorespiratoires et, d'autre part, suivre ce mouvement de construction sociale des connaissances, et ce, au bénéfice de tous les usagers.

Ce mémoire de recherche s'articule autour de quatre grandes sections. Il débute avec la présentation de la problématique de recherche, les questions et les objectifs de recherche. Nous abordons par la suite le cadrage théorique en lien avec l'appropriation des technologies, l'apprentissage social et la communautique. Dans le troisième chapitre, consacré à la présentation de notre méthodologie de recherche, nous présentons notamment l'opérationnalisation des dimensions théoriques et les indicateurs que nous avons utilisés. Le quatrième chapitre est consacré à la présentation des résultats de recherche qui font l'objet d'une discussion qui vient conclure notre mémoire.

## CHAPITRE I

### LA PROBLÉMATIQUE

Dans ce premier chapitre, nous présentons d'abord l'objet de notre recherche. Par la suite, nous abordons les différentes composantes de la problématique, suivie de nos objectifs de recherche et de nos principales questions de recherche. Nous concluons ce chapitre en précisant la pertinence sociale et communicationnelle de notre recherche.

#### 1.1 Objet de la recherche

Ce projet de recherche a pour objet l'observation et l'analyse d'une communauté de pratique virtuelle d'inhalothérapeutes constituée autour de l'usage d'un forum de discussion et des boîtes à questions. Hébergée par le *Campus OPIQ*, propriété de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ), cette communauté de pratique virtuelle regroupe des inhalothérapeutes exerçant principalement en territoire québécois.

#### 1.2 Problème de recherche

##### 1.2.1 Le savoir

*« Le savoir dicte le savoir-faire, mais la qualité de celui-ci dépend du savoir-être<sup>4</sup>. »*

Généralement, pour occuper un emploi, il faut posséder des compétences. Or, la compétence est composée de trois dimensions : les connaissances, les habiletés et les attitudes. Si les connaissances font référence au savoir (généralement un préalable à l'occupation d'un emploi), les habiletés font référence au savoir-faire (l'expérience acquise

---

<sup>4</sup> Levant, V., 1997.

dans un domaine)<sup>5</sup> et l'attitude, quant à elle, fait référence au savoir-être<sup>6</sup>. De ce savoir, il est possible de dégager deux sous dimensions : le savoir explicite et le savoir tacite. Si le premier est issu de données tangibles ou d'informations formalisées, communicables et visibles, le second se définit comme étant intangible, non codifié, difficilement exprimable par écrit, voire invisible<sup>7</sup>.

Il appert que l'avoir intellectuel servant à faire fonctionner une entreprise est composé de 30 % de connaissances explicites et de 70 % de connaissances tacites<sup>8</sup>. Ainsi, si l'acquisition de connaissances tacites peut se faire au travers d'un réseau de relations sociales (tel un forum de discussion virtuel), il est alors permis de croire que les inhalothérapeutes « praticiens », utilisateurs d'un forum de discussion, constituent une ressource précieuse et stratégique pour tout employeur ou organisation qui croit que le partage de connaissances tacites est tout aussi indispensable que le partage de connaissances explicites dans le maintien des compétences de ses professionnels de la santé.

### 1.2.2 La communauté de pratique virtuelle

Si, comme nous l'avons vu, la trajectoire de savoirs et de l'apprentissage est, *a priori*, du domaine maître/élève, il faut également reconnaître la présence de nouvelles perspectives de partage et de construction de savoirs que constituent les communautés de pratique virtuelles. Définissant d'abord la communauté telle *une entité sociale constituée à partir d'un lien particulier entre ses membres, basée donc sur une dimension relationnelle*<sup>9</sup>, Wenger, McDermott et Snyder présentent les communautés de pratique (CoP) comme « [...] des groupes de personnes qui se rassemblent afin de partager et d'apprendre les uns des autres, face à face ou virtuellement. Ils sont tenus ensemble par un intérêt commun dans un champ de savoir et sont conduits par un désir et un besoin de partager des problèmes, des expériences, des modèles, des outils et les meilleures pratiques. Les

---

<sup>5</sup> Teasdale, C, 2001.

<sup>6</sup> Héroux, A.

<sup>7</sup> CEFRIQ, 2005.

<sup>8</sup> Jacob R, 2004.

<sup>9</sup> SFoDEM.

*membres de la communauté approfondissent leurs connaissances en interagissant sur une base continue et à long terme, ils développent un ensemble de bonnes pratiques »<sup>10</sup>.*

C'est donc en créant de nouvelles dimensions interpersonnelles, où le statut et la position hiérarchique des utilisateurs peuvent être placés au second plan (même si leur influence demeure)<sup>11</sup>, que cette approche d'apprentissage sociale peut être utilisée en complémentarité de l'approche traditionnelle verticale, suscitant ainsi l'intérêt de nombreuses organisations souhaitant mieux gérer leurs patrimoines de connaissances.

De plus, si l'on reconnaît à sa juste valeur le rôle de la socialisation dans l'apprentissage, il faut également considérer l'importance de l'arsenal d'outils de socialisation (*social tools*) qu'offre actuellement le Web 2.0. Le Web 2.0 se distingue des modes de communication traditionnels en ligne (envois d'information descendante sur l'intranet, courriels...) par ses outils de socialisation, donnant la possibilité à l'apprenant de dialoguer, de s'opposer à une opinion et parfois même, d'engager le débat sur la place publique<sup>12</sup>. Ce faisant, ces « *socials tools* » peuvent s'insérer dans le modèle du constructivisme social des connaissances (*Interactive analysis model for examining social construction of knowledge in computer conferencing*)<sup>13</sup>. Selon ce modèle, développé par Gunawardena, Lowe et Anderson, le processus de construction d'une expertise collective dans un environnement en ligne<sup>14</sup> comprend 5 étapes distinctes qui peuvent être évaluées.

1. Partage et comparaison d'informations
2. Reconnaissance de discordance (s) ou d'incohérence (s) parmi les idées, les concepts et les énoncés
3. Négociation (s) de sens
4. Essai (s) et modification (s) de la synthèse proposée ou coconstruction
5. Énoncé d'accord et application du nouveau sens construit

<sup>10</sup> Cité et traduit dans CEFRIO, 2005. Page 21.

<sup>11</sup> Creplet, F, 2007.

<sup>12</sup> Bourdat, M, 2009.

<sup>13</sup> Gunawardena, C. N, Lowe, C. A et Anderson, T, 1997.

<sup>14</sup> Notre traduction.

### 1.3 Objectifs de la recherche

L'objectif principal de notre recherche est l'étude de l'impact de l'utilisation d'un forum de discussion et des boîtes à questions (BAQ) sur la pratique professionnelle d'une communauté d'inhalothérapeutes exerçant principalement en territoire québécois. Nous souhaitons également être en mesure de mieux comprendre la dynamique d'appropriation d'un forum de discussion et des boîtes à questions et des propos qu'ils contiennent. Enfin, nous nous intéressons à cerner le processus de construction de savoirs collectifs au sein d'une communauté virtuelle relativement homogène composée de professionnels de la santé.

### 1.4 Questions de recherche

En reconnaissant que la disponibilité et l'utilité d'un nouveau moyen de communication ne présument pas de la façon dont il sera utilisé<sup>15</sup> et ne garantit ni un partage de connaissances tacites ni une construction de savoirs collectifs, ce projet de recherche s'articule autour d'une question principale et de trois questions spécifiques qui abordent les thèmes suivant : l'appropriation, la transmission et la construction de savoirs ainsi que la pratique professionnelle.

Notre question de recherche est donc la suivante :

Le partage de savoirs professionnels via un forum de discussion et des boîtes à questions (B.A.Q), peut-il contribuer à améliorer la qualité de la pratique professionnelle des inhalothérapeutes?

Plus spécifiquement, nous aimerions savoir :

Dans quelle mesure les inhalothérapeutes se sont appropriés le forum de discussion et les boîtes à questions dans le cadre de leur pratique professionnelle?

- Usages : Quels usages ont été développés? Le forum et les BAQ ont-ils été utilisés pour développer de nouveaux usages?

---

<sup>15</sup> Millerand F. 1998, 1999.

- Outil : Comment ces outils se sont-ils intégrés dans la pratique professionnelle des inhalothérapeutes? Comment la communauté s'est-elle approprié le forum et les BAQ dans la mobilisation des connaissances et de l'expertise professionnelles?

Une telle communauté de pratique virtuelle a-t-elle permis la transmission et la construction de nouveaux savoirs?

- Quelle était la nature des informations partagées : les savoirs échangés étaient-ils reliés à la pratique, étaient-ils de l'ordre de la procédure (savoir explicite), de nature expérientielle (savoir tacite) ou autre (ex. : scientifique et référencé)? Quel était le processus de partage?
- Y a-t-il eu émergence de nouveaux savoirs? Quel a été le processus d'émergence?
- Comment un savoir valide a-t-il pu s'établir?

Les inhalothérapeutes ont-ils perçu des changements dans leur pratique professionnelle du fait de la participation à cette communauté virtuelle?

- L'information leur est-elle parvenue plus rapidement (ex : avancées médicales, technologiques ou pharmaceutiques, ou nouvelle alerte médicale qui les concernent) ?
- Avaient-ils un sentiment accru d'appartenance à la profession?
- Avaient-ils un sentiment d'être plus compétents ou d'améliorer la qualité de leur pratique?
- Ce mode de communication s'est-il substitué à un autre mode de transmission d'informations entre eux?
- L'utilisation du forum et des BAQ a-t-elle ajouté à leur tâche?

### 1.5 Pertinence de la recherche

Notre projet s'inscrit dans un contexte marqué par la prolifération des communautés virtuelles; phénomène tout à fait contemporain avec des enjeux importants dans les milieux professionnels. Notre recherche est l'occasion d'analyser dans quelle mesure le développement de la CoPv répond aux intérêts et aux préoccupations des inhalothérapeutes-utilisateurs ainsi qu'à celles de l'OPIQ (instigateur et hébergeur du



forum de discussion et des boîtes à questions), aspects qui n'ont pas été documentés. Notre recherche contribue ainsi à un apport nouveau aux connaissances existantes à l'égard des phénomènes d'appropriation des technologies et des communautés de pratique virtuelles, notamment en milieu professionnel. En effet, nombre de recherches se sont intéressées à des communautés développées dans le cadre de projet de recherche, mais peu à des projets initiés par les milieux de pratique. Par ailleurs, plusieurs recherches se limitent à l'analyse des contenus des échanges et très peu ont visé à cerner les modes d'appropriation tant des outils que des savoirs par les acteurs ou à l'impact de l'utilisation de la communauté sur les pratiques et l'identité professionnelles.

## CHAPITRE II

### LE CADRE THÉORIQUE

Dans ce deuxième chapitre, ce sont les travaux qui soutiennent notre recherche qui sont discutés successivement. Débutant par les travaux sur l'appropriation des technologies, nous abordons par la suite, les travaux sur l'apprentissage social et enfin ceux concernant la communautique.

#### 2.1 Travaux sur l'appropriation des technologies

Après analyse de la littérature, nous avons jugé que les travaux sur l'appropriation nous seraient utiles dans la compréhension des usages que font les inhalothérapeutes des technologies de l'information et de la communication (TIC). Ces travaux, qui étudient notamment les processus de formation des usages, mettent en relief la disparité des usages et des usagers, et ce, en démontrant notamment que la construction d'un usage relève de l'utilisateur même et est tributaire des significations que celui-ci revêt pour l'utilisateur<sup>16</sup>. Pour illustrer ces propos, pensons aux travaux de De Certeau<sup>17</sup>, lesquels mettent l'accent sur « la manière de faire », parfois bien différente (voire inattendue) des usagers lorsqu'ils s'approprient de nouveaux objets. De même, d'autres recherches sur l'appropriation des technologies ont révélé un utilisateur actif et pouvant créer ses propres usages<sup>18</sup>. Par conséquent, l'on comprend bien que l'appropriation, qui peut concerner l'outil ou son contenu (les propos échangés), est un processus de création de sens<sup>19</sup> qui varie selon l'usage et qui est déterminé par l'utilisateur et le contexte d'usage.

Dans le cas de l'appropriation du Web, et plus particulièrement du Web2.0, il faut d'abord mettre en relief le fait que cet outil de communication planétaire a d'abord été reçu par les utilisateurs comme un moyen d'échange et de collaboration dans la résolution

---

<sup>16</sup> Millerand, F, 1999.

<sup>17</sup> Cité dans Charest, F et Bédard, F, 2009.

<sup>18</sup> Millerand, F, 1999.

<sup>19</sup> Millerand, F, 1999.



de problèmes communs.<sup>20</sup> Par conséquent, concevant (ou signifiant), dès le départ, leur désir (voire leur besoin) d'interactivité, les utilisateurs ont pu obtenir un droit de regard (voire un droit décisionnel) sur l'utilisation d'un nouvel objet. Influencés par leurs pairs, ils décident ultimement ce qu'ils souhaitent faire de ce nouvel objet. À la limite, il paraît juste de croire que de ces interactions, qui se déroulent via des réseaux sociaux virtuels, confère un « pouvoir utilisateur » supérieur au « pouvoir fabricant<sup>21</sup> ». Ainsi, nul ne peut s'étonner aujourd'hui de l'engouement pour la mise en place de collectivités dans des espaces d'échanges publics sur le Web<sup>22</sup> (comme en témoigne le nombre croissant d'utilisateurs), et ce, dans le but d'interagir librement entre participants et de discuter notamment d'usages et de pratiques.

Concrètement, cette perspective d'appropriation des usages présente le portrait d'un usager qui, intéressé par le point de vue de ses semblables et encouragé par ces derniers, est plus actif que passif, plus imaginatif qu'imitateur et, dans le cas du Web, plus communautaire que solitaire, de par le besoin de reconnaissance identitaire et le sentiment d'appartenance qu'il exprime.

Cela dit, il paraît utile de préciser qu'une extrême inégalité de participation entre les membres d'une même communauté de pratique virtuelle semble exister un peu partout sur les espaces collaboratifs du Web (Wikipédia ou autres) et que l'on semble s'entendre sur la règle du 1 % de Hill<sup>23</sup> (aussi appelée Loi de 1 % ou Principe 90-9-1), laquelle estime quantitativement la participation des membres à une communauté de pratique (Figure 2.1)<sup>24, 25</sup>.

1 % des membres contribuent beaucoup

9 % des membres contribuent à l'occasion ou de façon opportuniste

90 % des membres sont des observateurs (majoritairement silencieux)

<sup>20</sup> Charest, F et Bédard, F, 2009.

<sup>21</sup> Charest, F et Bédard, F, 2009.

<sup>22</sup> CEFRIQ, 2009.

<sup>23</sup> Hill W.C. 1992, cité dans Nielsen, J., 2000.6

<sup>24</sup> Nielsen, J., .

<sup>25</sup> Wikipédia. Règle du 1 %.

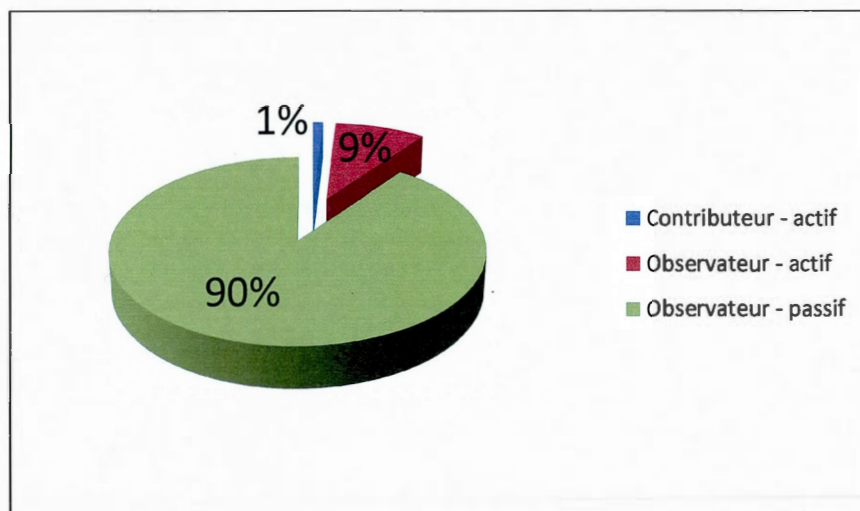


Figure 2.1

Principe 90-9-1<sup>26, 27</sup>.

## 2.2 Travaux sur l'apprentissage social

Lave et Wenger (1991) ont développé la notion de communauté de pratique (CoP) pour désigner le processus d'apprentissage social émergeant lorsque des personnes, ayant un centre d'intérêt commun (une pratique commune), interagissent pour apprendre ensemble et partager des connaissances et en faire usage<sup>28</sup>. Selon le modèle quelque peu « idéalisé » de Lave et Wenger (1991), ces interactions, qui doivent se dérouler sur une période de temps notable, consistent notamment à partager des idées, à trouver des solutions à une problématique et à construire des objets nouveaux<sup>29</sup>. Par ailleurs, la relation entre les acteurs est habituellement collégiale plutôt que hiérarchique. Enfin, bien que ce genre de communautés ait toujours existé de façon informelle et non virtuelle, au sein des organisations, sa vertu n'est pas nécessairement reconnue à sa juste valeur<sup>30</sup>.

<sup>26</sup> Nielsen, J., .

<sup>27</sup> Wikipédia. Règle du 1 %.

<sup>28</sup> Cité dans Université Paris Descartes.

<sup>29</sup> Cité dans Université Paris Descartes.

<sup>30</sup> CEFRIO, 2009.

S'il semble que l'existence d'un travail collaboratif représente à chaque fois un levier important à l'apprentissage, Wenger identifie trois caractéristiques spécifiques aux CoP <sup>31</sup>:

1. La participation : engagement actif et mutuel dans une entreprise collective
2. La réification : processus par lequel une abstraction (liée à l'expérience) prend forme d'objet concrètement identifiable
3. Le répertoire partagé : résultat des processus de participation et de réification.

On comprend ainsi qu'une communauté de pratique virtuelle (dont le développement est rendu possible grâce à l'infrastructure d'Internet) ne constitue pas seulement un simple site web, une base de données et un répertoire des meilleures pratiques. Dans les faits, elle est avant tout, si elle se développe en ce sens, un groupe d'individus qui, mus par un intérêt commun, échangent, apprennent et progressent de façon active, créative et collective, et ce, par le biais d'un réseau social.

Par ailleurs, d'une communauté de pratique virtuelle à l'autre, le nombre de membres est variable. De même, les membres de chaque CoPv n'ont pas nécessairement le même degré d'activité (consommation, contribution, etc.) au sein du groupe. McDermot<sup>32</sup> a distingué trois groupes de participants, en fonction de leur contribution, que l'on retrouve généralement au sein des CoPv :

1. Un groupe de participants actifs (contributeurs), formant le noyau de la CoPv et présents dans une proportion relativement petite, mais dont la passion insufflé de l'énergie à la communauté
2. Un groupe important d'observateurs qui consomment, mais contribuent peu à la CoPv
3. Un groupe encore plus important d'observateurs, formant la périphérie de la communauté, et ne contribuant que rarement à la CoPv

---

<sup>31</sup> Cité dans SFoDEM.

<sup>32</sup> McDermott, R., 2001.

Cela dit, afin de compléter cette typologie des membres d'une CoPv, nous utilisons également la définition des rôles de Volkman<sup>33</sup> qui distingue deux catégories de participants :

Le participant — actif (contributeur ou *Power user*)

- Entretient les discussions, en crée de nouvelles
- Est généralement l'un des premiers à dire du bien de la CoPv, en dehors de celle-ci.
- Peut se diviser en sous-catégorie
  - très actif
  - moyennement actif
  - peu actif

L'observateur (participant silencieux)

- Constitue souvent la plus grande proportion du *membership* d'une CoPv
- Se divise en deux sous-catégories
  - l'observateur actif (*active lurker*) : s'il lit ce qui se dit, il ne participe pas aux conversations. En revanche cependant, il transmet ce qu'il a lu à travers d'autres canaux de communication.
  - l'observateur passif (*passive lurker*) : s'il consomme le contenu des discussions, il ne le partage pas et il ne contribue pas aux discussions

À noter que si les termes "observateur", passager "clandestin" ou "silencieux" et "*lurkers*", semblent réducteurs ou témoignent de connotations négatives, le potentiel collaboratif de ces participants demeure présent<sup>34</sup>.

- Même si les personnes actives dans un groupe ont l'impression que "*c'est toujours les mêmes qui font tout*", les observateurs dans un groupe pourront très bien être actifs dans un autre lieu, ou encore devenir actifs dans ladite CoP éventuellement.
- Par ailleurs, on observe des changements de statuts (observateur → contributeur). Les observateurs (actifs ou passifs) peuvent constituer un réservoir de contributeurs potentiels connaissant bien la CoP et ses intérêts. Conséquemment,

<sup>33</sup> Volkman, E. 2011.

<sup>34</sup> Groupe intelligence collective. 2005.

lorsque l'observateur devient contributeur, il peut intervenir avec familiarité et spontanéité comme s'il avait participé activement aux échanges précédents.

### 2.3 Travaux sur la communautique

Parallèlement aux travaux de Wenger, des questions ont été soulevées à l'égard du design et de l'usage centré sur les activités de collaboration des groupes et des communautés de pratique dans des domaines telle que celui de la communautique. De même, les services web de support aux communautés virtuelles ont aussi été mobilisés pour leurs outils de coopération et de codesign dans différents contextes, tel celui des systèmes de santé<sup>35</sup>.

Selon Lejeune et Harvey<sup>36</sup>, quatre générations de design se sont succédées au fil du temps, laissant voir des contrastes importants entre des approches gestionnaires linéaires et des interventions sociales coopératives orientées vers les communautés cliniques de pratique et de codesign de service. D'un côté, les deux premières générations de design (design prescriptif et design orienté) s'appuient sur la croyance voulant que les organisations de santé et leur système d'activité soient manipulables, que les experts soient ceux qui possèdent le savoir, et qu'il est préférable que les acteurs exécutent ce qu'on leur demande. À l'opposé, les deux dernières générations (design orienté usager et design coopératif) ont été guidées par une compréhension de leur valeur coopérative, leurs finalités pour les activités humaines organisées plus conscientes de la vision des organisations et de la force de construction de consensus<sup>37</sup>.

De cette évolution dans le design et l'usage centrée sur les activités de collaboration des groupes et des communautés de pratique, la communautique, « *ensemble des nouvelles technologies de l'information et de la communication permettant la création et le développement de communautés virtuelles*<sup>38</sup> », propose donc un type de design communicationnel coopératif. Ainsi, considérant que les décisions sont la responsabilité de toutes les parties prenantes, la communautique estime que cet objectif peut être réalisé en assurant le partage de la culture et des valeurs de tous ceux impliqués dans un projet.

<sup>35</sup> Lejeune, A. et Harvey, P.L., 2007.

<sup>36</sup> Lejeune, A. et Harvey, P.L., 2007.

<sup>37</sup> Lejeune, A. et Harvey, P.L., 2007.

<sup>38</sup> Office québécois de la langue française.

Concrètement, si les acteurs se sentent engagés dans un design soutenu d'apprentissage, dans le développement coopératif d'activité organisationnelle et la comodélisation des processus de valorisation du savoir et des connaissances, c'est une nouvelle représentation du système de santé qui émergera<sup>39</sup>.

---

<sup>39</sup> Lejeune, A. et Harvey, P.L., 2007.



## CHAPITRE III

### LA MÉTHODOLOGIE

Ce troisième chapitre présente d'abord le contexte et les caractéristiques de la communauté de pratique virtuelle (CoPv) à l'étude. Par la suite, la méthode de recherche et les techniques de recueil de données et de recrutement sont détaillées, dont notamment les caractéristiques des techniques utilisées, leurs objectifs, les modalités de mise en œuvre ainsi que les considérations et les défis associés à chacune des techniques utilisées. Nous abordons par la suite les modalités de traitement des données recueillies, puis les considérations éthiques de la recherche sur les humains. Finalement, nous présentons, sous forme de tableau, les trois dimensions constitutives de la recherche et les indicateurs permettant de les opérationnaliser, tableau qui nous a guidés dans la réalisation de notre terrain.

Notre recherche mobilise une méthode mixte avec un volet qualitatif dominant. Notre analyse de la CoPv se déroule sur plusieurs mois (analyse diachronique), afin de cerner les évolutions de la communauté dans le temps. Il s'agit par ailleurs d'une CoPv regroupant des membres issus d'un même milieu de travail et la recherche s'effectue directement sur le terrain (*fieldwork*) dont nous avons une très grande connaissance et avec lequel nous entretenons un rapport privilégié. Ayant déjà exercé cliniquement auprès de patients nécessitant des soins et des services cardiorespiratoires et occupant actuellement la fonction de gestionnaire du *Campus OPIQ*, nous possédons en effet, une grande connaissance de la profession et des outils de communication et de collaboration disponibles sur le *Campus OPIQ*, ce qui nous a permis une compréhension plus fine de notre terrain de recherche.

### 3.1 Contexte de mise en place et caractéristiques de la communauté de pratique virtuelle à l'étude

À l'instar de tous les Ordres professionnels québécois, l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ) a pour mission d'assurer la protection du public, et ce, notamment en favorisant l'actualisation et le développement des compétences de ses membres. Souhaitant d'abord faciliter l'accès à des formations qualifiantes pour ses quelque 3800 membres (avril 2012), l'OPIQ a donc ouvert les portes virtuelles de son *Campus OPIQ* (plateforme d'apprentissage électronique) en septembre 2007<sup>40</sup>.

Croyant qu'apprendre ne s'acquiert pas uniquement dans le cadre d'une relation maître/élève, mais également au travers d'un réseau de relations sociales où chacun apprend de ses échanges avec les autres, l'organisation a concurremment développé les volets communicationnels et collaboratifs de son *Campus* virtuel. Ainsi, en plus d'élargir l'audience de formations qualifiantes pour ses membres (par le biais d'activités de formation continue en ligne), l'OPIQ a promu la formation d'une communauté de pratique (CoPv) en ligne en permettant à ses membres l'utilisation d'un forum de discussion et de boîtes à questions dans le but de dynamiser le patrimoine de savoirs professionnels et de dépasser les contraintes de distance, de temps et d'espace et ainsi briser l'isolement contextuel ou géographique de certains membres.

Les caractéristiques propres à notre objet sont :

- *Caractéristiques du Campus OPIQ* :
  - destiné *a priori* à offrir des activités de formation qualifiantes à ses membres, cette plateforme d'apprentissage électronique possède également ses propres outils de communication et de collaboration tels qu'un calendrier des événements, une bibliothèque virtuelle, un forum de discussion et des boîtes à questions (BAQ) organisées selon les différents secteurs d'activités cliniques propres à l'exercice de l'inhalothérapie.

---

<sup>40</sup>Le lecteur qui souhaite approfondir ses connaissances à l'égard de la profession d'inhalothérapeute, de l'OPIQ et de son *Campus* est invité à consulter l'appendice A du présent document.



Nous précisons que si les inhalothérapeutes doivent être membres de l'OPIQ (adhésion obligatoire) pour en porter le titre professionnel, l'adhésion au *Campus OPIQ* est laissée au choix de chacun.

- *Caractéristiques de la CoP en ligne :*

La communauté :

- est composée de femmes et d'hommes exerçant principalement en territoire québécois ;
- nécessite une adhésion des membres ;
- comptait 1550 membres au moment de la recherche (environ 43 % du nombre total d'inhalothérapeutes membre de l'OPIQ en janvier 2011) ;
- n'est pas uniquement virtuelle : aux contacts réalisés dans le cadre de la CoPv, s'ajoutent des contacts potentiels en face à face (ex. : congrès annuel des membres);

La littérature reconnaît en effet l'importance des rencontres en face à face comme critère de réussite des communautés en ligne, celles-ci favorisant le développement des interactions entre les participants, dont notamment les liens de confiance qui sont difficiles à développer sans relations interpersonnelles de qualité<sup>41</sup>.

- la participation à la communauté fait l'objet de règles (conditions et modalités) d'utilisation, lesquelles ont été rédigées par l'OPIQ. Concrètement, chaque membre doit accepter, avant d'entrer pour la première fois sur le *Campus OPIQ*, les règles régissant sa présence sur le *Campus OPIQ*.

- *Caractéristiques des membres du Campus OPIQ*

- exercent généralement sur trois quarts de travail (jour, soir et nuit) ainsi que les jours de semaine et de fin de semaine ;
- exercent leurs activités cliniques auprès d'une clientèle gériatrique, adulte, pédiatrique et néonatale ;
- Principaux lieux d'exercice clinique :
  - Centre hospitalier (CH) : les inhalothérapeutes exercent au sein de différents secteurs d'activités ou d'unité de soins tels que les soins

---

<sup>41</sup> Kimble C. et coll. 2002.

cardiorespiratoires généraux (unités de soins), les soins critiques (urgences et soins intensifs), le laboratoire de physiologie respiratoire (épreuves diagnostiques) et l'assistance anesthésique au bloc opératoire.

- Centres locaux de services communautaires (CLSC) : les inhalothérapeutes exercent leurs activités cliniques auprès d'une clientèle suivie à domicile.
- Compagnie pharmaceutique ou d'équipements/fournitures médicales.
- Centre d'enseignement pour une clientèle cible (asthme, fumeur, etc.).

#### • Rôle de l'OPIQ

En qualité d'hébergeur et de gestionnaire du *Campus OPIQ*, l'OPIQ offre un soutien technique aux membres de la CoPv, utilisateurs du forum de discussion et des boîtes à questions. Bien que l'organisation reconnaisse l'importance d'un modérateur/animateur au sein d'une CoPv, aucun modérateur/animateur formel n'a été nommé à ce jour. Toutefois, certaines tâches, habituellement dédiées au modérateur, nous sont attribuées « par défaut ». Parmi celles-ci, notons que nous assurons :

- la vérification de la teneur des messages et des liens hypertextes déposés : lecture de tous les nouveaux messages et, s'il y a lieu, des liens hypertextes joints afin de valider leur contenu et pertinence ;
- la relocalisation d'un message n'ayant pas été déposé au bon endroit. Dans un tel cas, l'auteur du message est avisé ;
- le retrait d'un message jugé hors limite ou hors contexte ou exclusion d'un membre ne respectant pas les règles d'utilisation du *Campus OPIQ*<sup>42</sup>.

L'Ordre souhaite que le forum de discussion et les BAQ, offerts à la CoPv, soient utilisés comme outils de communication entre (et par) ses membres. Il ne désire pas, *a priori*, utiliser le forum de discussion du *Campus OPIQ* ni les BAQ pour ses communications directes avec les membres puisqu'un site Web et un bulletin mensuel sont notamment prévus à cette fin. Par conséquent, l'Ordre a émis, à

<sup>42</sup> Quoi que peu probable, l'organisation a, en tout temps, le pouvoir discrétionnaire de retirer tout message du forum de discussion et questions d'une boîte à questions ou encore d'exclure un membre de la CoPv qui contrevient aux conditions et modalités d'utilisation du *Campus OPIQ* ainsi qu'à toutes les lois applicables.

l'intention de tous ses membres, un avis de désengagement quant aux propos tenus dans les fils de discussion. Toutefois, l'Ordre a pris soin d'aviser les membres de sa disponibilité à répondre à toutes questions si celles-ci lui étaient adressées directement.

L'OPIQ, qui est assujéti à la *Loi sur l'accès à l'information et à la protection des renseignements personnels*, ne peut rendre visible l'adresse courriel de ses membres. Par conséquent, l'Ordre a modifié la plateforme de façon à ce que l'adresse courriel de chaque membre soit "en cache" par défaut (profil personnel du membre). Un avis à cet effet a été communiqué aux membres. Il est toutefois possible pour le membre de rendre lui-même son adresse courriel visible s'il le souhaite.

### 3.2 Méthodes de recherche

Nous avons privilégié, dans le cadre de cette recherche, une méthode mixte (quantitative et qualitative) et avons mobilisé quatre techniques de recueil de données :

- L'ethnographie virtuelle ;
- L'analyse de contenus des espaces d'échange du *Campus OPIQ* ;
- La passation d'un questionnaire en ligne ;
- La réalisation de trois entrevues individuelles semi-dirigées dont deux avec des participants ciblés de la communauté de pratique virtuelle et une avec un représentant de l'OPIQ (instigateur du forum de discussion et des boîtes à questions).

L'intérêt de l'utilisation d'une approche mixte réside dans la complémentarité des approches quantitative et qualitative, qui permet d'améliorer la qualité de la description des usages ainsi que la compréhension des modalités d'appropriation des outils et de leur contenu<sup>43</sup>.

---

<sup>43</sup> Bonneville, L, Grosjean S et Lagacé, M, 2007.

### 3.3 Présentations des techniques de recueil de données

Nous présenterons successivement les techniques de recueil de données utilisées, les modalités de mise en œuvre ainsi que les considérations et les défis qu'elles posent.

#### 3.3.1 L'ethnographie virtuelle (netnographie)

- Définition et objectifs de l'ethnographie virtuelle

L'ethnographie est une approche visant à décrire et comprendre les pratiques sociales de certains groupes d'individus à partir du sens que ces derniers donnent à la réalité<sup>44</sup>. En contexte virtuel, cette technique de recherche utilise Internet comme source de données qualitatives<sup>45</sup>. Si cette démarche inductive donne aux chercheurs l'opportunité de découvrir des comportements formulés selon les termes du consommateur lui-même, elle permet également un accès continu aux participants<sup>46</sup>. Enfin, puisque ceci exige que l'ethnographe observe et note ce qui est vu et ce qui se passe et qu'il interroge pour découvrir et comprendre<sup>47</sup>, il est donc appelé à s'immerger dans la communauté à l'étude pour connaître les intérêts de la communauté<sup>48</sup>.

Dans le cadre de notre recherche, l'ethnographie virtuelle nous est apparue particulièrement intéressante puisque d'une part, de façon virtuelle, à distance et asynchrone, il a été possible de relever des éléments objectivables (ex. : taux de fréquentation) et de récolter des informations sur les sujets abordés<sup>49</sup> et que d'autre part, cette approche nous a permis d'observer ce que les individus ont réellement fait avec la technologie (ex. : partage de savoirs, d'expériences).

#### Moments et déroulement de la période d'observation

La période d'observation s'est déroulée sur quelques mois (de janvier 2010 à juin 2010), et a été l'occasion de prendre des notes relatives au terrain mis en

<sup>44</sup> Bonneville, L, Grosjean S et Lagacé, M, 2007.

<sup>45</sup> Bernard, Y. 2004.

<sup>46</sup> Deroubaix, V, 2006.

<sup>47</sup> Bonneville, L, Grosjean S et Lagacé, M, 2007.

<sup>48</sup> Bernard, Y. 2004.

<sup>49</sup> Héas, S et Poutrain, V, 2003.

observation. Cette période d'observations permet de noter (de façon assez "brute") et au fil du temps des informations relativement aux contributeurs et aux contenus échangés (Tableau 3.1). De plus, l'exercice a aussi été l'occasion de réfléchir à nouveau à nos questions de recherche, de parfaire notre grille d'analyse et d'émettre certaines hypothèses.

**Tableau 3.1**

Parmi les sujets notés au fil du temps

| Contributeurs   | Contenus échangés  |
|---|--|
| Identification des habitués   | Préoccupation exprimée par les membres telle que : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grippe H1N1</li> <li>• condition relative au travail</li> </ul>  |
| Indice de personnes tel que : <ul style="list-style-type: none"> <li>• présence ou absence du titre professionnel (statue hiérarchique)</li> <li>• présence ou absence du lieu d'exercice professionnel (lien d'appartenance)</li> </ul>  | Sujet en lien avec la pratique de l'inhalothérapie tel que : <ul style="list-style-type: none"> <li>• sevrage ventilatoire</li> <li>• clientèles (gériatrique, adulte, pédiatrique, néonatale)</li> </ul>                    |
| Marque personnelle de l'écriture telle que : <ul style="list-style-type: none"> <li>• utilisation du vouvoiement ou du tutoiement</li> <li>• utilisation du « nous » pour désigner son lieu d'exercice ou pour décrire sa pratique clinique</li> <li>• présente ou absence de remerciement d'usage</li> </ul> | Indice de temps tel que : <ul style="list-style-type: none"> <li>• message qui a suscité un ou des commentaires la même journée</li> <li>• question qui a obtenu une réponse plus de 6 mois après avoir été posée</li> </ul> |
|   | Indice de lieux (secteur d'activité) tel que : <ul style="list-style-type: none"> <li>• message destiné à un secteur d'activité en particulier</li> <li>• message destiné à tous les secteurs s'activité</li> </ul>          |

- Considérations associées à l'ethnographie virtuelle de la CoPv

Quelques principes paraissent être importants à la réussite d'une ethnographie virtuelle. Parmi ceux-ci, nous considérons la présentation diligente de nos intérêts et nos intentions de recherche, l'utilisation de l'adresse courriel académique des chercheuses, un délai de réponse raisonnable aux questions ou aux demandes des participants (démontrant le sérieux de notre engagement



dans le projet), être attentif et enfin démontrer de l'intérêt à l'égard de l'expérience des participants (même si cela n'est pas directement relié au sujet de la recherche). Une attention est toutefois portée au risque d'être considéré tel un natif et de ne plus prendre de distance à l'égard de la communauté que l'on observe. Si tel est le cas, il est essentiel que les chercheuses reprennent une certaine distance afin de conserver une approche critique par rapport à ce que dit le participant<sup>50</sup>.

- Défis associés à l'ethnographie virtuelle de la CoPv

L'ethnographie virtuelle présente de nombreux défis. Dans le cadre de notre recherche, trois défis ayant trait à notre proximité avec les sujets à l'étude, à notre position entre observatrice participante et participante observante ainsi qu'à notre posture particulière de praticienne chercheuse, nous semblent particulièrement importants. Nous les présentons successivement.

- *Proximité du couple chercheuses-sujets* : cette proximité avec l'objet de recherche qui découle de notre place dans l'organisation nous apparaît fort utile pour comprendre les pratiques sociales des participants. Toutefois, cette position privilégiée nous prive aussi d'un regard plus naïf qui aurait sans doute pu révéler d'autres éléments. Notons cependant que l'observation pure et simple n'existe pas, car les observations ont nécessairement été structurées par ce que l'on cherche et ce que l'on connaît du terrain<sup>51</sup>.

- *Observation participante et participation observante*

Notre statut sur le terrain se situe à mi-chemin entre l'observation participante périphérique et la participation observante. En effet, d'une part, nous assurons une participation publique (de par notre rôle de gestionnaire du *Campus OPIQ*) jumelée à une observation privée (de par l'observation réalisée à des fins de recherche, mais non reliée à notre propre pratique professionnelle) et, d'autre part, l'accès que nous détenons de par notre travail à l'OPIQ nous permet d'assurer notre

---

<sup>50</sup> Cite dans Hines, 2005.

<sup>51</sup> Héas, S et Poutrain V, 2003.

présence au sein de la communauté virtuelle<sup>52</sup>. Dans ce contexte particulier, il nous semblait important de demeurer vigilantes afin de conserver un recul et une objectivité suffisants pour porter un regard critique sur les faits observés<sup>53</sup>. Il faut en effet faire attention au risque d'être considéré tel un " natif " et de ne plus prendre de distance à l'égard de la communauté que l'on observe. Si tel est le cas, il est essentiel que les chercheuses reprennent une certaine distance afin de conserver une approche critique par rapport à ce que disent les participants. Pour y arriver, nous avons donc évité d'intervenir inutilement dans les conversations tenues en ligne et de discuter du projet de recherche et du *Campus OPIQ* lorsque des membres ont été rencontrés " hors ligne".

- *Posture de praticienne chercheuse*

Il faut également reconnaître cette posture particulière de « chercheuse de l'intérieur » puisque la recherche est menée sur notre propre terrain (le *Campus OPIQ*). Cela signifie que certaines de nos activités professionnelles orientent nos activités de recherche et, en retour, que ces dernières ressource et réorientent nos activités professionnelles. Ces deux postures étaient inévitables, car même si nous nous présentions en situation de chercheuses, nous étions connues et reconnues professionnellement par un certain nombre de participants tels des praticiennes<sup>54</sup>.

### 3.3.2 L'analyse des contenus échangés

L'activité des communautés virtuelles est généralement textuelle. Se situant au carrefour de l'oralité et de l'écriture, les discours textuels (*written speech*) peuvent être empreints d'expressions, de sigles, d'abréviations et parfois même agrémentés de souriards (binettes, émoticônes), lesquelles permettent à leurs auteurs d'exprimer une émotion<sup>55</sup>.

Hine<sup>56</sup> souligne l'utilité de combiner l'approche de l'ethnographie virtuelle avec l'analyse de contenu des interactions dans le cadre de l'étude des espaces d'échange. En effet, la

<sup>52</sup> Soulé B, 2007.

<sup>53</sup> Bonneville, L, Grosjean S et Lagacé, M, 2007.

<sup>54</sup> De Lavergne, Catherine. 2007.

<sup>55</sup> Valastro, Orazio Maria. 2002.

<sup>56</sup> Hine, Christine. 2001.

complémentarité de ces deux approches pourrait résider, en partie du moins, dans le fait que l'ethnographie virtuelle s'intéresse aux pratiques sociales d'un groupe d'individus, alors que l'analyse de contenu s'intéresse au contenu spécifique des messages et à leurs auteurs.

- Objectifs et définition de l'analyse de contenu

L'analyse de contenu peut être quantitative ou qualitative, dépendamment des éléments du discours pris en compte. Dans le cadre de notre recherche, nous avons opté pour l'analyse de contenu qualitative, laquelle est un processus impliquant un effort d'identification des thèmes, de construction d'hypothèses (idées) émergeant des données ainsi que de clarification du lien entre les données, les thèmes et les hypothèses conséquentes. Ce processus comprend deux étapes distinctes, mais complémentaires : l'organisation des données impliquant une « segmentation » et entraînant une « décontextualisation » et l'interprétation, ou encore catégorisation, menant à une « recontextualisation »<sup>57</sup>. Au niveau quantitatif, on peut vouloir comptabiliser les occurrences des thématiques mises en évidence dans la phase qualitative.

- *Présentation du corpus à l'étude*

Avec l'accord préalable de la direction générale de l'OPIQ, tous les inhalothérapeutes, membres de la communauté de pratique virtuelle du *Campus OPIQ* ont été inclus par défaut dans notre recherche et ont été avisés de la recherche en cours, ce qui fait que chacun d'eux avait la possibilité de ne pas participer, tel que nous l'avons indiqué dans notre lettre de présentation (Appendice B).

Le corpus à l'étude comprend des messages déposés, entre juillet 2010 et janvier 2011, dans le forum de discussion ou les boîtes à question (BAQ) ainsi que les échanges suscités autour de ces messages. Les échanges, ayant fait l'objet d'une analyse approfondie, ont donc été réalisés au cours de cette période.

---

<sup>57</sup> Teshe, R, 1990.



Nous avons toutefois exclu certains échanges. Six sujets (et les interventions associées) n'ont pas été considérés, car ils étaient hors contexte par rapport aux objectifs premiers de la CoPv de l'OPIQ (partage de savoirs professionnels entre inhalothérapeutes) et ont été volontairement exclus du corpus. À titre d'exemple, nous n'avons pas analysé:

Demande d'information à l'égard d'une norme ou d'un règlement de l'OPIQ.

*« Je voudrais savoir s'il y a une norme à respecter quant à la durée (en terme d'année) de conservation dans nos départements des documents ayant rapport à la vérification des appareils, calibrations, vérifications des chariots de code, etc. »*

Demande d'information à l'égard de la structure organisationnelle.

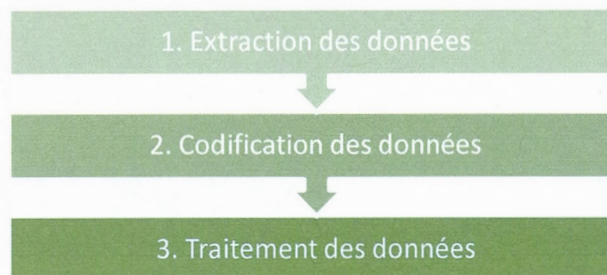
*« [...] Dans mon centre, on passera de 4 à 5 salles. J'aimerais connaître votre structure de poste avec vos horaires. [...]. Merci de nous éclairer ! On nage dans un casse-tête. »*

Un message a aussi été exclu, car il était incomplet et il ne revêt aucun intérêt pour notre recherche.

*« Bonjour. Nous sommes à préparer une ordonnance collective pour »*

Conséquemment, ce sont 25 sujets de discussion, lesquels ont généré un total de 42 interventions, qui ont fait l'objet de l'analyse de contenu. Ceci représente 81 % des sujets abordés dans le forum de discussion et les boîtes à questions du *Campus OPIQ* pendant la période d'analyse des contenus échangés.

En nous appuyant sur la méthodologie de Clavier et ses collaborateurs (2010), nous avons analysé le contenu de notre corpus à l'étude selon la méthode « à la main » (plutôt que de façon automatisée) et selon trois étapes successives (Figure 3.1).



**Figure 3.1**  
Étapes de l'analyse des données qualitatives<sup>58</sup>.

1. Extraction des données : Avant de commencer l'analyse, nous avons fait un inventaire des informations recueillies et extrait les données pertinentes à nos questions de recherche. Les données qualitatives extraites sont issues de messages déposés dans le forum de discussion ou les boîtes à questions, des documents écrits (ex. : rapports publiés de l'OPIQ), de réponses obtenues via le questionnaire en ligne ou de notes d'entrevue.
2. Codification des données : Cette étape nous a permis de classer et transformer les données brutes en fonction des types de données recueillies et de leurs méthodes d'analyse respectives (Tableau 3.2).
3. Traitement des données : Par approximations successives, nous avons étudié le sens des propos échangés, selon qu'il s'agit des idées exprimées par les participants (analyse empirique), des mots qu'ils utilisent (analyse lexicale) ou du sens qu'ils leur donnent (analyse de l'énonciation).

### 3.3.3 La passation d'un questionnaire en ligne (sondage)

- Définition et objectifs du questionnaire en ligne

L'enquête par questionnaires visait à recueillir des informations sur les participants à la CoPv, sur leurs perceptions et leurs modalités d'usage de cet espace. Plus précisément, les données recueillies, de nature principalement descriptive, nous ont permis d'obtenir des informations relatives :

<sup>58</sup> Tirée et adapté d' Andreani J-C et Conchon F. Année inconnue.

- aux caractéristiques des participants (genre, années d'expérience terrain, etc.) ;
- à leurs modalités d'usage de la CoPv : recherche ou partage d'information, type de participation (poser ou répondre à une question, sonder l'opinion de la communauté sur un sujet en particulier), fréquences d'utilisation, etc. ;
- à leurs perceptions concernant la CoPv et les aspects techniques (facilité, convivialité d'utilisation, etc.).

Dans le cadre de notre recherche, nous avons réalisé notre enquête en ligne. Ce choix s'explique par le fait que le questionnaire peut être envoyé simultanément à tous les participants qui étaient géographiquement dispersés à travers le Québec. Par ailleurs, la collecte en ligne permet que les données recueillies soient automatiquement compilées par la plateforme électronique (c'est-à-dire le *Campus OPIQ*) au fur et à mesure que les réponses entrent, rendant ainsi le travail de collecte et de compilation des données plus facile et plus rapide.

- Modalités de recrutement des participants et collecte des données d'enquête

En accord avec la direction générale de l'OPIQ, un message d'information a d'abord été adressé aux 3276 inhalothérapeutes abonnés au bulletin mensuel électronique (l'Ordonnée) de l'OPIQ, édition du 8 septembre 2011 (Appendice C). Cela nous a permis d'informer les non-membres du *Campus OPIQ* qu'un questionnaire serait bientôt mis en ligne et de leur signaler que tous pouvaient y répondre en s'inscrivant au *Campus OPIQ* (adhésion gratuite). Dans un deuxième temps, une invitation (notification automatisée par courriel) a été envoyée le 12 septembre 2011, aux 1993 inhalothérapeutes déjà membres du *Campus OPIQ* (Appendice D). Profitant du fait que l'OPIQ tenait son congrès annuel au même moment, nous avons également pu insérer un encart publicitaire dans la pochette de chaque congressiste (Appendice E). Au total, ce sont 460 membres qui ont été rejoints directement par cette dernière intervention. Enfin, après deux rappels (2 et 17 octobre 2011), et ayant pris soin d'inviter également tous les nouveaux membres du *Campus*

*OPIQ* (notification manuelle par courriel), 178 inhalothérapeutes ont choisi de nous répondre entre le moment où le questionnaire a été mis en ligne (12 septembre 2011) et celui où il été fermé (31 octobre 2011).

- Défis des enquêtes par questionnaire en ligne

Comme l'indique Joinson<sup>59</sup>, les enquêtes réalisées en ligne comportent elles aussi des spécificités et nécessitent une compréhension des comportements sur Internet. Joinson souligne par exemple que plus le nombre de répondants potentiels est grand, moindres sont les chances d'obtenir un taux de réponse élevé. Une explication à ce phénomène serait associée à la diffusion de responsabilité, l'obligation de répondre étant étendue à tous les répondants potentiels, réduisant ainsi la probabilité de réponse de chacun.

Théoriquement, nous indique Joinson<sup>60</sup>, il est attendu qu'une recherche réalisée en ligne produit un plus grand nombre de réponses, si l'on procède par l'envoi de demandes personnalisées plutôt que par le biais d'un envoi massif. Or, le *Campus OPIQ* nous permettait l'envoi d'une demande personnalisée.

Par ailleurs, toujours selon le même auteur, il appert que l'utilisation de règles sociales pour améliorer le taux de réponse ou la candeur des propos tenus peut avoir des effets involontaires et inattendus. Par exemple, des études, menées par Johnson et Reips (2004), ont mis en relief le fait que la manipulation de certains éléments tels que le pouvoir, le statut du requérant et la formule de salutation utilisée peut conduire à un meilleur taux de réponse. Concrètement, les résultats de certaines études suggèrent que la combinaison d'un pouvoir élevé et d'une formule de salutation personnalisée peut stratégiquement amener un taux de réponse plus élevé. Ainsi, il est commun pour la recherche et les sondages que ce soit un membre de la faculté ou une personne respectée qui invite les gens à participer à un projet de recherche. Conséquemment, nous avons ajouté le nom, la fonction et l'affiliation académique de la direction de recherche dans nos lettres d'invitation (Appendice C, D et E).

---

<sup>59</sup> Dans Hine, C, 2005.

<sup>60</sup> Dans Hine, C, 2005.

Enfin, dans l'élaboration d'un questionnaire en ligne, il semble (Joinson<sup>61</sup>) qu'il soit avantageux d'ajouter une option de réponse de type « *je ne désire pas répondre à cette question* ». Lorsqu'utilisée avec prudence, cette option devrait améliorer la qualité des données en réduisant le nombre de réponses sélectionnées « par défaut ». Ainsi, nous avons ajouté cette option parmi les choix de réponse du questionnaire en ligne.

Parmi les autres défis que comportent les enquêtes en ligne, il ne faut pas négliger la standardisation des questions, laquelle est propre à toute enquête par questionnaire. En effet, si elle a pour but d'énoncer un dénominateur commun minimal pour chaque concept à l'étude, elle a aussi pour conséquence négative de contraindre les répondants à ne réfléchir qu'à certaines dimensions prédéterminées des concepts qui sont à l'étude, au risque de rendre du même coup le sondage superficiel<sup>62</sup>. Cela dit, les entrevues individuelles que nous avons réalisées ont permis aux participants d'aller plus loin dans leur description des usages de la CoPv.

### 3.3.4 Les entrevues individuelles d'appoint

- Définition et objectifs de l'entrevue individuelle

Offrant un accès direct à l'expérience des participants, l'entrevue *in visu* est définie, par Preyssinet-Dominjoin<sup>63</sup>, comme « *un dispositif de face à face où un enquêteur a pour objectif de favoriser chez un enquêté la production d'un discours sur un thème défini dans le cadre d'une recherche* ». Elle permet ainsi aux chercheurs la collecte d'informations sous forme de données discursives, et a pour objectif de favoriser, chez la personne rencontrée, la production d'un discours sur des thématiques définies dans le cadre de la recherche<sup>64</sup>. De plus, le recours à cette technique de collecte de données permet de valider la cohérence ou la portée de certaines données, de vérifier des hypothèses, de découvrir de nouvelles dimensions et, le cas échéant, de

<sup>61</sup> Dans Hine, C, 2005.

<sup>62</sup> Bonneville, L, Grosjean S et Lagacé, M, 2007.

<sup>63</sup> Cité dans Bonneville, L, Grosjean S et Lagacé, M, 2007.

<sup>64</sup> Bonneville, L, Grosjean S et Lagacé, M, 2007.



compléter la collecte de données<sup>65</sup>. Enfin, cette rencontre en face à face, permet aussi de saisir que derrière un site web, un écran et un clavier, se trouve un sujet qui possède une histoire, des compétences et des émotions. Aux fins de notre recherche, de telles rencontres visaient à connaître l'opinion ou la perception des utilisateurs du forum de discussion et des boîtes à questions et à vérifier certaines hypothèses émises lors de notre période d'observation. De plus, nous souhaitons enrichir notre recherche en rencontrant une représentante de l'OPIQ, l'instigateur de notre CoP virtuelle.

- Modalité de mise en œuvre de l'entrevue individuelle

Pouvant avoir lieu par échanges de courriel ou *in visu* au lieu d'exercice de chaque répondant, chaque entrevue a été réalisée au moment jugé opportun par la personne rencontrée, tout en tenant compte de sa charge de travail ou des demandes de soins inopinées et/ou urgentes des patients s'il y a lieu.

Nos trois entrevues individuelles d'appoint ont été réalisées :

*In visu* : représentante de l'OPIQ

Échanges de courriel : contributrice active

*In visu* et échanges de courriel: observatrice active

Les répondants ont été dûment informés du déroulement de l'entrevue, de la possibilité d'interrompre l'entrevue à tout moment, de la non-obligation de réponse aux questions ainsi que du caractère anonyme et confidentiel des données recueillies. Les questions éthiques reliées à leur participation ont également été abordées.

Recrutement des participants:

1. Deux membres de la CoPv

Étant donné la grande quantité des données issues des trois premières méthodes de recherche (ethnographie virtuelle, analyse des contenus et

---

<sup>65</sup> Héas, S et Poutrain V, 2003.

enquête par questionnaire en ligne) et du temps non extensible que nous pouvions consacrer à notre terrain, nous avons repéré deux participants sur le forum (une contributrice active et une observatrice active) qui nous semblaient des plus intéressantes pour notre recherche et les avons sollicités directement.

## 2. Instigateur (s) de la CoP virtuelle

Le point de vue et la contribution des instigateurs (décideurs) sont tout aussi importants que celui des membres (utilisateurs ou non) de la CoPv pour enrichir notre analyse et bien cerner le contexte de développement de la CoPv à l'étude. Conséquemment, il nous a paru approprié, de solliciter (par le biais d'une invitation formelle), une rencontre semi-dirigée (*in visu* de préférence), avec la directrice générale et Secrétaire de l'OPIQ, et ce, en raison de son implication dans le processus décisionnel ou de déploiement du *Campus OPIQ*. L'Objectif de cette rencontre visait à cerner la motivation, les attentes et les préoccupations s'il y a lieu de l'OPIQ, à l'égard de la CoP en ligne en général et du forum de discussion et des boîtes à questions en particulier.

Nous avons eu recours à une grille d'entrevue reprenant nos questions de recherche qui couvrait les thématiques suivantes :

Pour la contributrice et l'observatrice

- les attentes de départ ;
- la motivation à contribuer/observer ;
- les habitudes d'utilisation ;
- perception à l'égard de la validité de l'information partagée ;
- opinion à l'égard de ce mode de communication et de collaboration contemporain ;
- l'impact ressenti sur la pratique professionnelle ;
- l'impact ressenti sur le sentiment d'appartenance au milieu de travail et à la profession d'inhalothérapeute ;
- appréciation du répondant à l'égard du forum de discussion et des boîtes à questions (BAQ) offert par l'OPIQ.



Pour la représentante de l'OPIQ (instigateur)

- retour sur l'expérience : intérêt et motivation de départ, objectifs visés et problématiques rencontrées s'il y a lieu ;
- perception : implication des membres, impact sur la pratique professionnelle et impact sur sa mission de protection du public ;
- projets de développement s'il y a lieu.

Cela dit, nous demeurions ouvertes aux informations que les répondants souhaitaient aborder par eux-mêmes. Nous avons ainsi veillé à laisser la possibilité à des sujets non planifiés d'émerger.

- Considérations associées à l'entrevue individuelle

Orgad<sup>66</sup> indique que l'ajout de cette technique de recueil de données à nos techniques virtuelles se justifie par le fait qu'un manque d'immersion ethnographique est possible lorsque nous tentons d'interpréter les données recueillies en ligne, par exemple pour comprendre ce que disent les inhalothérapeutes en ligne, à propos de leurs activités hors ligne. Cela dit, notre posture particulière de praticienne chercheuse nous a permis d'éviter un tel manque d'immersion ethnographique.

Dans le cadre des entrevues en ligne, Orgad<sup>67</sup> souligne que la relation entre chercheur et participant doit également être construite graduellement afin de permettre qu'une confiance s'établisse au fil du temps. Elle note également chez le participant trois différences possibles au passage d'un mode d'interaction en ligne asynchrone (expression écrite) à une entrevue en profondeur en face à face (expression orale) : le niveau d'articulation du langage, le degré d'ouverture et de collaboration ainsi que le type de langage utilisé.

Dans un autre ordre d'idée, il appert que l'utilisation d'informations obtenues par l'observation et l'analyse des échanges en ligne au moment de l'entrevue peut servir à mettre la table. Toutefois, il est important de ne pas laisser nos

---

<sup>66</sup> Cité dans Hine, C, 2005.

<sup>67</sup> Orgad, S, cité dans Hine, C, 2005.

impressions (issues des premières phases de la recherche) déterminer nos entrevues hors ligne. En fait, il est plutôt suggéré par Orgad<sup>68</sup> de faire "table rase".

- Défis associés aux entrevues pour cerner les usages

Parmi les défis propres à l'entrevue, il faut penser à demeurer vigilant à l'égard notamment du biais de désirabilité sociale (réponse stéréotypée ou en conformité avec les attentes des chercheurs)<sup>69</sup>. Il n'est pas non plus toujours aisé de faire parler les personnes sur les usages des technologies, ces derniers ne les ayant pas nécessairement en tête.

### 3.4 Analyse des données

Nous avons analysé les données qualitatives recueillies par nos différents modes de collecte à l'aide d'une grille de départ comprenant les thématiques suivantes :

- les savoirs ;
- les échanges ;
- les secteurs d'activité clinique;
- le processus de construction des connaissances ;
- les habitudes d'utilisation et de participation.

L'analyse qualitative permet, entre autres, de mettre l'accent dans un premier temps sur la répétition d'éléments de discours, révélant les centres d'intérêt et les préoccupations des participants. Dans un deuxième temps, nous avons relevé les divergences observées parmi les données recueillies. Ces deux étapes nous ont permis de préciser et de définir des thématiques puis des catégories plus conceptuelles et d'en cerner les différentes caractéristiques<sup>70</sup>.

Les données obtenues via le questionnaire en ligne ont fait l'objet d'une analyse centrée sur le participant, ses habitudes d'utilisation et de participation ainsi que son expérience

---

<sup>68</sup> Cité dans Hine, C, 2005.

<sup>69</sup> Bonneville, L, Grosjean S et Lagacé, M, 2007.

<sup>70</sup> Bonneville, L, Grosjean S et Lagacé, M, 2007.

d'utilisation du forum de discussion et des boîtes à questions. Les réponses obtenues permettent de dresser un profil du participant (ou du non participant), de mieux saisir le contexte d'utilisation et de participation au forum de discussion et des boîtes à questions ainsi que le partage de savoirs entre pairs. Les données recueillies dans le cadre des entrevues individuelles d'appoint ont également été analysées en tenant compte des statuts de chaque interviewé (contributeur, observateur et instigateur).

Les types de données recueillies et les modes d'analyse sont présentés dans le Tableau 3.2<sup>71</sup>.

---

<sup>71</sup> Tiré et adapté de De Pierrepont, C, 2009 et Millerant F, Proulx S et Rueff J, 2010.

**Tableau 3.2**  
Modalités de traitement des données recueillies

| Type de recherche                   | Méthode de recherche   | Méthode de collecte de données  | Analyse des données               | Codification des données  |
|-------------------------------------|--|---|-----------------------------------|---|
| Mixte (quantitative et qualitative) | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ethnographie virtuelle (observation participante)</li> <li>Analyse de contenu qualitative et quantitative des échanges</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Notes de terrain des activités du forum de discussion et des BAQ</li> <li>Extraits d'interventions (archivage automatisé via le <i>Campus OPIQ</i>)</li> </ul> | Selon les types de savoirs        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Savoir explicite (savoir procédural)</li> <li>Savoir tacite (savoir expérimentiel)</li> <li>Scientifique et référencé</li> <li>Autre (s)</li> </ul>  |
|                                     |  |   | Selon le type de discussion       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Question</li> <li>Réponse</li> <li>Témoignage</li> <li>Conseil</li> <li>Information</li> <li>Commentaire</li> <li>Autre (s)</li> </ul>   |
|                                     |  |   | Selon les secteurs d'activité     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Soins cardiorespiratoires généraux</li> <li>Soins critiques</li> <li>Physiologie respiratoire</li> <li>Assistance anesthésique</li> <li>Soins et services respiratoires à domicile</li> </ul>  |
|                                     |  |   | Selon les processus <sup>72</sup> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Partage et comparaison d'informations</li> <li>Reconnaissance de discordance (s) ou d'incohérence (s) parmi les idées, les concepts et les énoncés</li> <li>Négociation (s) de sens</li> <li>Essai (s) et modification (s) de la synthèse proposée ou coconstruction</li> <li>Énoncé d'accord et application du nouveau sens construit</li> <li>Autre (s)</li> </ul> |
|                                     |  |   | Selon les habitudes d'utilisation | <ul style="list-style-type: none"> <li>Fréquence</li> <li>Quart de travail (jour, soir et nuit)</li> <li>Nombre de contributions</li> <li>Autre (s)</li> </ul>  |

<sup>72</sup> Gunawardena, C. N, Lowe, C. A et Anderson, T, 1997.

**Tableau 3.2 (suite)**

| Type de recherche                   | Méthode de recherche            | Méthode de collecte de données                                 | Analyse des données         | Codification des données  |
|-------------------------------------|---------------------------------|--|-----------------------------|---|
| Mixte (quantitative et qualitative) | Questionnaire en ligne          | Compilation et archivage automatisés via le <i>Campus OPIQ</i> | Selon les participants      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Homme/Femme</li> <li>▪ Statut des participants               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clinicien/coordonnateur/assistant-chef</li> <li>- responsable du service/autre (s)</li> </ul> </li> <li>▪ Expérience en inhalothérapie               <ul style="list-style-type: none"> <li>- nombre d'années/secteur d'activité</li> </ul> </li> <li>▪ Expérience avec un forum de discussion               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'années</li> <li>- expérience personnelle vs professionnel</li> </ul> </li> <li>▪ Habitude (s) de participation               <ul style="list-style-type: none"> <li>- visiter/ ne pas visiter</li> <li>- poser / ne pas poser une question</li> <li>- répondre/ ne pas répondre à une question/autre (s)</li> </ul> </li> </ul> |
|                                     | Entrevue individuelle d'appoint | Notes d'entrevues  | Selon un contributeur actif | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Motivation (s)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- à visiter/ne pas visiter</li> <li>- à contribuer/ne pas contribuer</li> <li>- autre (s)</li> </ul> </li> <li>▪ Perceptions (sentiment)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- apprendre ou avoir reçu une nouvelle information/améliorer leur pratique</li> </ul> </li> </ul>  |
|                                     |                                 |  | Selon un observateur actif  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Motivation (s)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- à visiter/ne pas visiter</li> <li>- à référer un membre/ne pas référer</li> <li>- autre (s)</li> </ul> </li> <li>▪ Perceptions (sentiment)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- améliorer la pratique</li> </ul> </li> </ul>   |
|                                     |                                 |  | Selon l'instigateur         | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Motivation (s)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- à créer une CoP en ligne</li> <li>- à offrir un forum de discussion à ses membres</li> <li>- autre (s)</li> </ul> </li> <li>▪ Perceptions (sentiment)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- impact sur l'organisation et ses membres</li> <li>- impact sur pratique professionnelle</li> <li>- autre (s)</li> </ul> </li> </ul>   |

Le fait d'utiliser plusieurs méthodes de recherche permet une stratégie de triangulation des données, laquelle consiste à les croiser afin de préciser la compréhension du terrain, ce qui est particulièrement important pour des terrains en ligne. Comme l'indique Orgad<sup>73</sup>, la triangulation des données permet de pallier les risques d'un manque de données pertinentes et d'un cadrage trop restreint (ne permettant pas la compréhension globale d'une situation) et, ultimement, de vérifier la justesse et la stabilité des résultats produits. À titre d'exemple, nous pouvons, au moyen des entrevues semi-dirigées, nous assurer de notre bonne compréhension des usages mesurés grâce au sondage tout comme nous pouvons aussi mieux cerner les motivations des contributeurs ou des non-contributeurs.

Enfin, pour atteindre nos objectifs de recherche, nous avons cerné trois dimensions constitutives : l'appropriation, le savoir et la pratique professionnelle. De ces trois grandes dimensions, nous avons dégagé des indicateurs pour nous aiguiller tout au cours de la recherche, dans l'application d'une méthodologie de recherche mixte (Tableau 3.3).

### 3.5 Considérations éthiques de la recherche avec des humains

Le 7 juillet 2010, le *Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'Université du Québec à Montréal a approuvé le projet de recherche et ladite approbation (Appendice F) a été reconduite annuellement.

Bien que notre recherche soit réalisée avec l'accord préalable de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, nous avons bénéficié d'une entière liberté quant aux choix du sujet de recherche, des modalités de réalisation et des résultats présentés. La décision de travailler sur une communauté de pratique virtuelle, l'appropriation de nouveaux outils de communication et de collaboration, des savoirs transmis et construits s'il y a lieu et des changements perçus sur la pratique professionnelle des inhalothérapeutes, émane de l'étudiante chercheuse et de sa direction de recherche. Cela dit, notre recherche répond aux exigences du Département de communication sociale et publique de l'Université du Québec à Montréal.

---

<sup>73</sup> Cité dans Hine, C, 2005.



Enfin, au terme de cette recherche, un document synthèse de nos observations et analyses sera disponible pour consultation tant pour l'OPIQ que ses membres.

### 3.5.1 L'annonce de notre recherche

La présentation de notre recherche, en vue d'obtenir le consentement de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec et des participants, a été réalisée selon les modalités suivantes :

- Ethnographie virtuelle et analyse des contenus échangés

Une lettre de présentation a d'abord été adressée à Mme Josée Prud'Homme, directrice générale et Secrétaire de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, le 7 juillet 2010 (Appendice G). Par la suite, un message (Appendice B) a été déposé, le 16 juillet 2010, à même le fil de discussion principal. L'objectif de ce message était d'informer tous les inhalothérapeutes (membres du *Campus OPIQ*) de notre présence et de préciser les objectifs de la recherche. De plus, ce même message a été diffusé dans L'Ordonnée (bulletin mensuel électronique de l'OPIQ), édition de juillet 2010. Le même message est demeuré affiché dans le forum de discussion, précisant nos coordonnées et permettant aux membres de la CoPv de communiquer avec nous pour toute question relative à notre rôle au sein de la communauté de pratique virtuelle ainsi qu'aux droits des sujets de recherche. Cet avis a constitué une forme de consentement éclairé, comme le stipule, l'énoncé des principes éthiques de la recherche sur Internet<sup>74</sup>.

Par ailleurs, Hine<sup>75</sup> souligne que l'anonymat relatif qu'offre le cyberspace diminue la vulnérabilité de l'individu, ce qui a pour effet de réduire la nécessité de taire les sujets de nature privés ou sensibles. Dans certains cas toutefois, il faut reconnaître que l'anonymat pur n'est pas possible au sens strict du terme. Par exemple, dans notre modèle de forum de discussion et de boîtes à questions, à moins de choisir l'option « Anonyme » au moment de déposer un message (option offerte par le *Campus OPIQ*), tous les utilisateurs

<sup>74</sup> Comité de travail spécial de l'éthique de la recherche en sciences humaines, 2008.

<sup>75</sup> Hine, C, 2005.

du forum sont identifiables "par défaut". Précisons toutefois qu'en respect avec l'éthique de la recherche, la confidentialité des propos et des participants a été en tout temps, assurée.

- Passation d'un questionnaire en ligne

Les participants avaient le choix de s'inscrire ou non au Campus OPIQ (pour les non membres) et de répondre ou non (en qualité de membre) au questionnaire proposé en ligne. Leur participation faisait donc office de consentement.

- Entrevue individuelle d'appoint

Un formulaire de consentement a été remis à chaque participant volontaire afin qu'il le lise, le remplisse et le signe (Appendice H).

**Tableau 3.3**  
Dimensions, indicateurs et méthodologie de recherche

| Question/sous question  | Dimension constitutive  | Indicateur (composante observable de la réalité)   | Méthodologie de recherche  |
|---|---|--|--|
| 1. Dynamiques d'appropriation pour mobiliser connaissances et expertises professionnelles | <p><i>Appropriation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Intégration des outils (forum de discussion et boîtes questions)</li> <li>Usages développés</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Habitude (s) d'utilisation : fréquence, jour, nombre de contributions, etc.</li> <li>Habitude (s) de participation : que fait le participant? Poser une question, répondre ou ne contribue pas? Y a-t-il une rétroaction hors ligne? Etc.</li> <li>Profil du contributeur</li> <li>Statut particulier du contributeur</li> <li>Motivation (s) du participant à visiter, à contribuer ou non, etc.</li> <li>Thématique (s) abordée (s) : liée à la pratique clinique, de nature personnelle, etc.</li> <li>Organisation des thématiques : selon secteurs d'activités, nouvelles perspectives thérapeutiques, etc.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ethnographie virtuelle</li> <li>Analyse des contenus échangés</li> <li>Questionnaire en ligne</li> <li>Entrevue individuelle</li> <li>Ethnographie virtuelle</li> <li>Analyse des contenus échangés</li> </ul>  |
| 2. Capacité de transmettre et favoriser la construction de nouveaux savoirs               | <p><i>Savoir</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Transmission</li> <li>Construction</li> <li>Validité</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Question et réponse</li> <li>Types d'intervention : commentaire, diffusion d'information, etc.</li> <li>Types de savoir : explicite, tacite, scientifique et référencé ou non</li> <li>Processus de construction de savoirs</li> <li>Processus de clôture des échanges</li> <li>Processus de validité des savoirs échangés</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ethnographie virtuelle</li> <li>Analyse des contenus échangés</li> <li>Ethnographie virtuelle</li> <li>Analyse des contenus échangés</li> <li>Ethnographie virtuelle</li> <li>Analyse des contenus échangés</li> <li>Entrevue <i>in visu</i></li> </ul> |
| 3. Changements perçus dans la pratique professionnelle suite à la participation à la CoPv | <p><i>Pratique professionnelle</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Connaissance et Expertise</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Perception (sentiment) d'apprendre ou d'avoir reçu une nouvelle information</li> <li>Perception (sentiment) accrue d'appartenance à son milieu de pratique ou à la profession</li> <li>Perception (sentiment) d'améliorer leur pratique (meilleur praticien)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ethnographie virtuelle</li> <li>Analyse des contenus échangés</li> <li>Questionnaire en ligne</li> <li>Entrevue <i>in visu</i></li> </ul>   |

## CHAPITRE IV

### LES RÉSULTATS

Dans cet avant-dernier chapitre, nous présentons successivement les résultats obtenus grâce à chaque méthode de recherche. En fin de chapitre, un tableau est offert afin de montrer les résultats sous forme de synthèse, tel que nous l'avons analysé dans le cadre de notre travail (Tableau 4.2). Par ailleurs, compte tenu de notre grande connaissance du terrain et de la collaboration de l'OPIQ, il nous a parfois été possible de croiser certaines des données recueillies avec celles que nous possédions sur l'organisation et ses membres. Nous avons également eu recours, dans l'analyse, à la littérature afin de comparer les résultats obtenus avec ceux d'autres études similaires et d'intérêts.

Comme souligné dans le chapitre méthodologique, nous avons procédé à une phase exploratoire d'observation du forum de discussion et des boîtes à questions et celle-ci nous a permis de mieux cerner les deux outils de communication et de collaboration et leurs évolutions respectives dans le temps. Toutefois, nous ne présenterons pas les résultats de cette observation en détail, mais les utiliserons plutôt pour interpréter les données recueillies via les autres modes de collectes (analyse de contenu, enquête en ligne et entrevues semi-dirigées).

#### 4.1 Analyse des contenus échangés

Notre terrain a pris fin en janvier 2011, après six mois d'analyse des contenus échangés qui nous ont permis d'évaluer le taux de participation, de dresser un profil des interventions et des échanges, de cerner la nature des savoirs professionnels échangés et des thèmes de ces échanges, les champs de pratique associés ainsi que les processus de construction des connaissances.

##### 4.1.1 Le taux de participation à la communauté virtuelle

Nous considérons qu'un observateur (actif ou passif) constitue un membre entier de la CoPv. Toutefois, puisqu'il n'est pas possible de l'apercevoir en raison de sa présence

silencieuse, il n'est donc pas possible d'évaluer avec précision le taux de participation au forum de discussion et aux boîtes à questions du *Campus OPIQ*.

Cela dit, il nous a été possible d'identifier que vingt inhalothérapeutes avaient contribué de manière active au forum de discussion ou aux boîtes à questions pendant notre période d'observation. Ceci représente un peu plus de 1 % du nombre total de membres du *Campus OPIQ*. De même, nous avons noté que 5 % des contributeurs se sont impliqués à hauteur de 33 % des toutes les interventions analysées.

#### À propos des contributeurs actifs

- 1 Des vingt inhalothérapeutes ayant contribué directement à la CoPv, 85 % sont des femmes et cette proportion correspond bien à la répartition des membres de l'OPIQ pour l'exercice financier 2011-2012<sup>76</sup>.
- 2 Bien que la CoPv à l'étude permette aux contributeurs de choisir l'option « Anonyme » au moment de déposer un message au forum de discussion ou dans une des BAQ, aucun des contributeurs n'a utilisé cette option. Conséquemment, chaque contributeur s'est identifié par son nom d'utilisateur (généralement, le prénom, suivi du nom de famille).
- 3 Si 70 % des contributeurs ont précisé dans quel établissement ils exerçaient leur profession dans leur message, seulement 15 % d'entre eux ont ajouté leur titre d'emploi (assistant-chef, coordonnatrice clinique, etc.) à leur signature. Ceci dit, si l'on suppose que l'absence d'un titre d'emploi (associé à la signature) peut indiquer que l'on soit un inhalothérapeute clinicien (c'est-à-dire le prestataire de soins au chevet du patient), nul ne peut exclure qu'il puisse s'agir aussi d'un inhalothérapeute occupant un poste non clinique (administratif ou autre), lequel est habituellement hiérarchique.
- 4 Les contributeurs sont plus actifs en milieu de semaine, particulièrement le mercredi (34 % des interventions) contre 2 % et 4 % le samedi et dimanche respectivement. Cette répartition des interventions sur une plage hebdomadaire est cohérente avec les données relevées et soumises aux administrateurs de l'OPIQ en septembre 2009<sup>77</sup>.

<sup>76</sup> Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. Rapport annuel 2011- 2012. Page 27.

<sup>77</sup> Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. Le *Campus OPIQ*, plus que jamais au cœur de l'action. 2009. Page 2. (consultation autorisée).



#### 4.1.2 Le profil des interactions observées

- Taux d'interventions par message d'amorce

Des 25 sujets abordés, 8 sont demeurés sans réponse, soit environ un tiers des questions. Les deux tiers des sujets ont donc suscité au moins une intervention et la moyenne d'intervention par message d'amorce était de 1,7.

- Messages sans réponse

Les sujets qui n'ont pas suscité d'intervention touchent tous les secteurs d'activité, mais la moitié d'entre eux se situent dans la BAQ associée au secteur des soins critiques. Ces sujets ont été introduits par un contributeur actif (donc connu de la CoP virtuelle) dans une proportion de 56 %, le titre d'emploi (responsable, assistant ou coordonnateur) n'ayant été ajouté à la signature que dans 33 % des cas.

- Délai d'intervention (réponse, commentaire, etc.)

Une très grande variabilité dans le temps de réaction à un message ou une question a été observée. Ainsi, un sujet introduit bien avant notre période d'observation peut avoir fait l'objet d'une première intervention seulement au moment où nous étions présente. À l'inverse, certains sujets abordés pendant notre période d'observation et d'analyse n'ont pas reçu de réponse au moment de notre observation, mais seulement par la suite.

Cela dit, selon notre analyse, une première intervention sur dix a lieu dans la journée même où le sujet est présenté, et c'est dans une proportion similaire qu'une première intervention peut être faite plus d'un an après l'amorce de la discussion. Ceci pourrait s'expliquer par la fréquentation encore limitée de ces lieux d'échanges.



#### 4.1.3 Le profil des échanges observés

Au niveau de la communication interpersonnelle, nous avons observé que dans l'ensemble, les échanges de message sont faits sur un ton cordial, une formule de politesse (de type remerciement d'usage) venant généralement clore un message. Nous avons également observé que les propos tenus étaient conjugués tantôt à la deuxième personne du singulier (« tu »), tantôt au pluriel (« vous »). Autre observation, l'adjectif possessif a été largement utilisé pour parler de son lieu d'exercice clinique, ce qui pourrait témoigner d'un certain sentiment d'appartenance de la part de l'inhalothérapeute. À titre d'exemple : « Dans notre CH [...] », « Chez nous, nous utilisons [...] » ou « À mon hôpital [...] ».

En ce qui concerne la nature des échanges, nous avons noté que pour la très grande majorité ils portaient sur la pratique clinique des inhalothérapeutes (80 %) et qu'ils pouvaient intéresser tous les inhalothérapeutes (ex : sujet commun tel que la prévention de la transmission des infections) ou encore ceux et celles exerçant dans un secteur d'activité clinique en particulier (ex. : soins intensifs et urgence). Si nous n'avons pas été témoin de discussion d'ordre personnel (ex. : destinations de vacances, sports et loisirs, recherche d'emploi), d'autres sujets sont présents à l'occasion, mais ils sont connexes à l'exercice de la profession (ex. : organisation du travail, restriction budgétaire, question pour l'OPIQ). Une analyse rétrospective des contenus échangés nous a montré qu'en présence d'un sujet jugé hors contexte (ex. : négociation syndicale-patronale) par l'OPIQ (instigateur et hébergeur), ce dernier exerce son droit discrétionnaire de fermer ledit fil de discussion. Dans un tel cas, nous avons noté que les membres étaient avisés au préalable et dirigés vers un forum privé (également hébergé par le *Campus OPIQ*). Nous précisons ici que ces sujets sont exclus de notre analyse des contenus échangés.

Enfin, si de nouvelles perspectives thérapeutiques ont été discutées, il ne s'agit pas d'une pratique habituelle. À titre d'exemple, la grippe H1N1 a fait l'objet de quelques discussions en septembre 2009, ce qui pourrait témoigner d'une préoccupation du moment de certains inhalothérapeutes. De même, un sujet (l'indice CORE), ayant fait l'objet d'une récente publication, a été mentionné en complément d'information dans une des réponses données (novembre 2010).

#### 4.1.4 Les types d'échange lié à la pratique clinique

Différents types d'échange peuvent avoir eu lieu et plus d'un type d'échange peut être présent au sein d'un même message.

Les catégories de modes de contribution que nous avons utilisées pour codifier nos données sont les suivantes<sup>78</sup> :

Poser une question (interroger sur un sujet) :

*« Bonjour, avez-vous une technique de MIP-MEP? Je cherche surtout à savoir comment l'inhale peut interpréter les valeurs obtenues lors d'un suivi quotidien, surtout dans les cas de maladies neuromusculaires. Quelles sont les normales, à partir de quand doit-on s'inquiéter, etc. ? »*

*« Bonjour. Pour nos patients intubés, nous administrons les bronchodilatateurs sous forme d'aérosol doseur et nous utilisons l'adaptateur fourni avec le dispositif de succion circuit fermé Stéricath. Cet adaptateur n'étant plus disponible, nous utilisons maintenant [...], mais on se retrouve à continuellement ouvrir le circuit, pas très logique... J'aimerais savoir comment vous procédez, quel dispositif est utilisé ou est-ce le retour de la nébulisation ? »*

Donner une réponse (proposer une solution ou un élément de solution) :

*« Bonjour, je travaille à l'hôpital Y en physiologie respiratoire et bronchoscopie. Pour répondre à vos questions :*

- 1. La salle d'endoscopie bronchique est située dans le secteur de pneumologie [...]*
- 2. L'assistance se fait toujours en présence d'un 2e inhalothérapeute pour toute la durée de la procédure de bronchoscopie*
- 3. L'inhalothérapeute responsable s'assure de la surveillance en post broncho (si tout va bien) [...].*
- 4. L'inhalothérapeute responsable s'occupe de tout par la suite... requêtes-spécimens de labo, cyto, microbio... suivi médical post broncho [...].*

*Bien à vous. »*

*« Bonjour, nous utilisons un formulaire maison pour la ventilation artificielle prolongé (VAP), et un autre pour la ventilation non invasive (VPPNI), que nous aimons bien! Les voici. Nous utilisons par ailleurs un formulaire de note au dossier d'inhalothérapie pour y inscrire par exemple les traitements donnés, les aspirations effectuées, etc. Bye bye »*

<sup>78</sup> Catégories adaptées de Clavier et Coll. 2010.

Témoigner d'une pratique clinique ou d'un fait (se référer au vécu) :

« Bonjour, nous avons une ordonnance collective pour l'évaluation quotidienne [...] Dans cette évaluation, nous mesurons entre autres choses le RSBI - l'aide inspiratoire est alors réglée à 5 cm H<sub>2</sub>O (et le PEEP à 5 aussi) et la mesure du RSBI est effectuée après 1 minute. L'indice doit être < 105 » (en réponse à une question).

« Bonjour, nous avons cessé il y a quelques mois de faire des cultures d'expectorations chez nos usagers ventilés et avons plutôt commencé à faire des PDP à l'aveugle [...]. » (question posée).

Demander ou donner un conseil (émettre une opinion, faire une recommandation) :

« Je pense que si vous voulez faire des tournées complètes [...], vous pouvez utiliser ce programme disponible sur ce site: <https://sites.google.com/site/inhalotherapie/> [...]. » (en réponse à un message).

Demander ou fournir une information (donner un renseignement) :

« Bonjour X, je sais qu'ici le programme XYZ fournit le produit suivant aux patients qui ont des canules internes réutilisables : Alkazyme. C'est une poudre à diluer dans l'eau. Il s'agit d'un désinfectant enzymatique. Je joins la fiche technique du produit. [...] » (en réponse à un message).

« [...] Cet indice de sevrage a été accepté par les RRT canadiens et sera publié (ou est déjà publié) dans la revue canadienne. [...] ». » (en réponse à un message).

Émettre un commentaire (dire ce que l'on pense) :

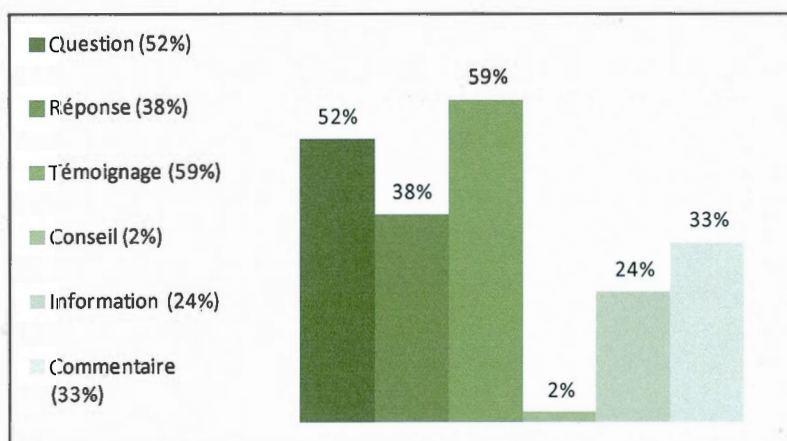
« [...] Vous pourrez aider à diagnostiquer un ARDS, une embolie pulm... quelle est la PaO<sub>2</sub> prédite du pt... Bien utilisé et bien expliqué, les médecins apprécieront ce que vous leur remettrez. » (en réponse à un message).

« Bonjour Y. [...]. Ici nous utilisons encore les feuilles standards du gouvernement pour les notes d'inhalo générales et il est difficile d'avoir une bonne idée de l'évolution de l'état clinique du patient avec ces feuilles... Nous avons cependant une feuille maison pour les pts sous ventilation, mais celle-ci a besoin d'améliorations. Merci de partager la vôtre, cela me sera bien utile! » (en réponse à un message).

Autres (sans réel objet avec la recherche) : trois interventions ont été classées dans cette catégorie et ont été exclues de notre analyse.

*« Bonjour Mme X. J'aimerais beaucoup lire votre réponse, mais aucun message n'apparaît sous votre nom. Il y a certainement eu un bogue. Merci à l'avance si vous pouvez m'envoyer votre réponse ! »*

Après analyse de chaque intervention, la répartition de celles-ci (selon nos catégories d'échanges cibles) montre qu'en plus de poser une question (principalement de type fermé) à la communauté (52 %) ou donner une réponse (38 %), les contributeurs témoignent également de leur pratique clinique ou apportent une information liée à la pratique par la même occasion dans 59 % des cas (Figure 4.1).



**Figure 4.1**

Répartition (%) des interventions selon les modes de contributions.

#### 4.1.5 Les types de savoir échangés

Différents types de savoirs peuvent être échangés en ligne et plus d'un type de savoir peut être présent au sein d'un même message.

Les types de catégories de savoirs que nous avons retenus pour la codification des données sont :

Le savoir explicite (donnée tangible ou information formalisée, savoir procédural) :

*« Je suis à la préparation d'une ordonnance collective visant la prescription de TFR, bilan de base, suite à une spirométrie et à un test de non-réversibilité pour les inhalo. travaillant au dépistage de la MPOC en clinique de GMF. Est-ce que quelqu'un aurait un modèle à me présenter? » (question posée).*

*« Bonjour à tous et toutes. Je suis à la recherche du manuel d'instruction pour un vieux moniteur de basse pression (qu'on utilise ici sur un BiPAP). Il s'agit du modèle 23-001 du fabricant Lifecare. Je joins un fichier Word avec une photo, pour les besoins de la cause... Merci à l'avance si quelqu'un peut dénicher cela dans ses vieilles archives! Au plaisir! » (question posée).*

Le savoir tacite (donnée intangible, non codifiée, savoir expérientiel) :

*« Bonjour, est-ce que ce modèle de trachéo est utilisé dans vos centres et si oui, quels en sont les avantages? Nous sommes à réviser le matériel qui est utilisé dans notre centre et cherchons les avantages vs inconvénients de ce modèle particulier. » (question posée).*

*« Bonjour, communauté!!! Y en a t'il parmi vous qui mettez d'emblée du K-Y autour du ballonnet du TET lors de l'intubation? Certaines études démontrent une protection à 100 % contre les microaspirations suivant cette technique très simple et peu coûteuse, pour une durée moyenne de 1 à 5 jours d'intubation! J'essaie de voir » (question posée).*

*« Avez-vous déjà ventilé un patient trachéotomisé avec une valve Passy-Muir et un appareil Servo-I ? Pouvez-vous nous communiquer votre expérience SVP? ! merci ! » (question posée).*

Le savoir scientifique (savoir objectif, validé) et référencé (référence institutionnelle, publiée, diffusée) :

*« Pour le RSBI, ce n'est pas le meilleur indice de sevrage. Le meilleur c'est l'indice de CORE (trouvé par Delisle-Onellet-Arsenault). Voici la référence: <http://www.srlf.org/rc/org/srlf/med/Abstract/2005/abs-20050905-150650-988/> [...] » (en réponse à un message),*

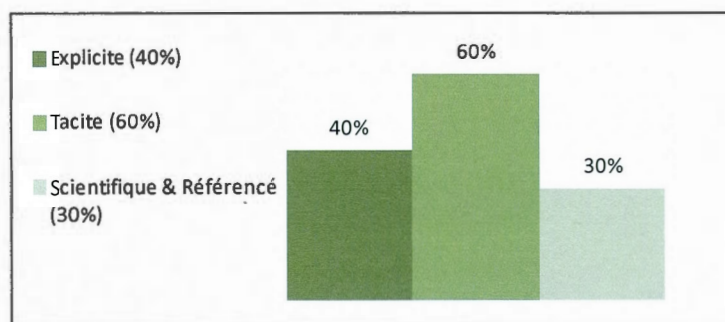
*« Bonjour à Y, à la demande de nos pneumologues, nous avons augmenté notre dose de 300 mcg à 400 mcg de salbutamol tel que suggéré dans les normes ATS/ERS, sauf s'il y a risque de palpitations ou de tremblements. » (en réponse à un message)*



Autre type d'échange (sans réel objet avec la recherche) : six interventions ont été classées dans cette catégorie et ont été exclues de notre analyse. À titre d'exemple :

« *Super intéressant. Merci beaucoup Y* » (appréciation suite à un message)

Notre analyse de chaque intervention, selon ces catégories montre que six savoirs échangés sur dix sont de nature tacite, que quatre savoirs sur dix sont de nature explicite et que trois savoirs échangés sur dix sont de nature scientifique et référencée (Figure 4.2). Par ailleurs, notre analyse des contenus échangés nous indique également que les huit sujets qui sont demeurés sans réponse concernent autant le savoir tacite qu'explicite.



**Figure 4.2**  
Répartition (%) des interventions selon le type de savoir <sup>79</sup>.

#### 4.1.6 Les champs de pratique clinique visés par les échanges observés

Les sujets abordés peuvent intéresser tous les inhalothérapeutes ou au contraire ne concerner que ceux et celles exerçant dans un secteur d'activité clinique en particulier. Pour codifier avec justesse les différents champs de pratique cliniques des inhalothérapeutes, nous avons utilisé la liste de catégories que l'OPIQ utilise pour ses boîtes à questions.

- Tous les champs d'activités (s'adressant à tous, sans égard au champ d'activité).
- Soins cardiorespiratoires généraux (unité de soins spécialisés ou non).
- Soins critiques (urgence et unité de soins intensifs).

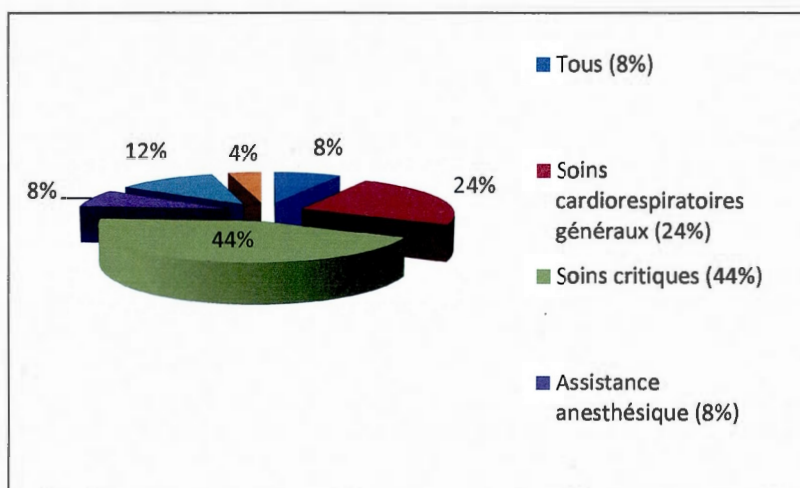
<sup>79</sup> Une même intervention peut contenir plus d'un type de savoir.



- Assistance anesthésique et sédation analgésie.
- Épreuves diagnostiques de la fonction cardiorespiratoire et études du sommeil.
- Soins et services respiratoires à domicile.

Précisons qu'en raison du code « pour tous » qui est utilisé, il ne peut théoriquement pas y avoir plus d'un champ de pratique clinique au sein d'un même message.

Notre analyse des interventions montre que les thématiques abordées touchent principalement le domaine des soins critiques (urgence et soins intensifs), suivi du domaine des soins cardiorespiratoires généraux et des épreuves diagnostiques. À préciser que la boîte à question qui s'adresse à tous les domaines n'a été utilisée que dans 8 % des cas (Figure 4.3).



**Figure 4.3**

Répartition (%) des interventions selon le champ de pratique clinique.

#### À propos des champs de pratique clinique

Dans son rapport annuel 2011-2012<sup>80</sup>, l'OPIQ indiquait que l'exercice de ses membres était principalement concentré aux secteurs des soins cardiorespiratoires généraux, de l'assistance anesthésique et des soins critiques. Cela dit, afin de comparer avec justesse ces données, il faut considérer le fait qu'un même membre peut exercer dans plus d'un secteur d'activité à la fois.

<sup>80</sup> Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. Rapport annuel 2011- 2012. Page 27.

#### 4.1.7 Les types de processus de construction des connaissances selon la déclinaison en cinq étapes de Gunawardena<sup>81</sup>.

Nous avons identifié dans les échanges deux étapes du modèle proposé par Gunawardena.

##### Étape 1. Partage et Comparaison de l'information

###### Exemple 1 :

###### Message d'amorce (1<sup>er</sup> message au printemps de 2010)

*« Bonjour. Je voudrais savoir si vous utilisez une dose de 200 mcg ou de 400 mcg de bronchodilatateur lors de vos spirométries ou pour renverser une provocation bronchique positive. Je sais que les normes d'ATS mentionnent 400 mcg, mais quand j'en avais parlé à notre pneumologue (qui travaille aussi dans un autre centre hospitalier), il m'a dit qu'à sa connaissance tout le monde donnait encore 200 mcg. »*

###### 5<sup>e</sup> message (été 2010)

*« Bonjour, au CH ABC, à la demande de nos pneumologues, nous avons augmenté notre dose de 300 mcg à 400 mcg de Salbutamol, tel que suggéré dans les normes ATS/ERS sauf s'il y a risque de palpitations ou de tremblements. »*

###### 6<sup>e</sup> message (automne 2010)

*« Bonjour, nous à l'hôpital DEF, nous donnons 400 mcg à tous nos patients, peu importe l'âge [...], tel que suggéré dans ATS/ERS »*

###### Exemple 2 :

###### Message d'amorce (1<sup>er</sup> message en octobre 2010)

*« Pour nos patients intubés, nous administrons les bronchodilatateurs sous forme d'aérosol doseur et nous utilisons l'adaptateur fourni avec le dispositif de succion circuit fermé Stéricath. Cet adaptateur n'étant plus disponible, nous utilisons maintenant [...], mais on se retrouve à continuellement ouvrir le circuit, pas très logique.... J'aimerais savoir comment vous procédez, quel dispositif est utilisé ou est-ce le retour de la nébulisation? »*

<sup>81</sup> Notre traduction. Gunawardena, C. N, Lowe, C. A et Anderson, T, 1997.

2<sup>e</sup> message (même journée)

*« Bonjour X, nous utilisons le MiniSpacer, fabriqué par THAYER MEDICAL et distribué par Carestream que nous laissons toujours en place sur le circuit. Bye! »*

3<sup>e</sup> message (2 jours plus tard)

*« Bonjour ! Même chose pour nous au CSSS d'ABC, nous utilisons des MiniSpacer qui proviennent d'une autre compagnie. »*

## Étape 2. Discordance et Incohérence mise en évidence

## Exemple de discordance :

Note : dans notre exemple, la discordance réside dans le fait que dans le message d'amorce, on indique vouloir utiliser le RSBI comme indice de sevrage ventilatoire (potentiel d'extubation). Or, cet indice ne paraît pas être le meilleur selon l'auteur du message #3, qui répond (2 mois plus tard) que l'indice de CORE est le meilleur.

Message d'amorce (1<sup>er</sup> message en septembre 2010)

*« Bonjour à tous! Je suis présentement à écrire la procédure de l'évaluation du potentiel d'extubation et je me posais 2 questions concernant le calcul du RSBI. Tout d'abord, à combien réglez-vous le niveau d'aide inspiratoire pendant la manœuvre? Puis finalement, pendant combien de temps laissez-vous le patient pour effectuer le calcul? Merci beaucoup »*

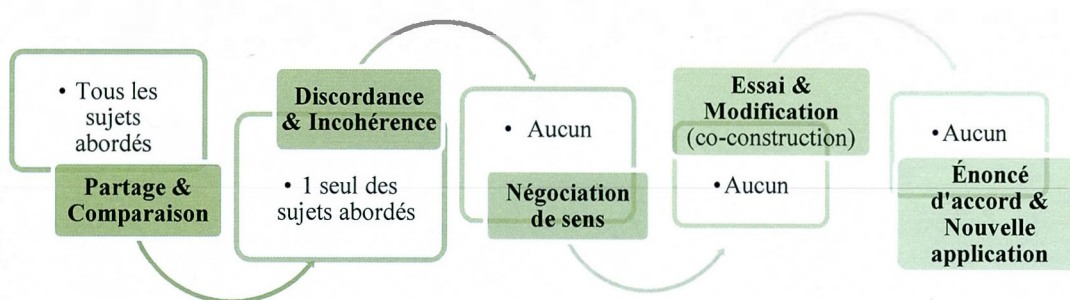
2<sup>e</sup> message (même journée)

*« Bonjour, nous avons une ordonnance collective pour l'évaluation quotidienne [...]. Dans cette évaluation, nous mesurons entre autres choses le RSBI - l'aide inspiratoire est alors réglée à 5 cmH<sub>2</sub>O (et le PEEP à 5 aussi) et la mesure du RSBI est effectuée après 1 minute. L'indice doit être < 105 »*

3<sup>e</sup> message (novembre 2010)

*« Pour le RSBI, ce n'est pas le meilleur indice de sevrage. Le meilleur c'est l'indice de CORE (trouvé par Delisle-Ouellet-Arsenault). Voici la référence: <http://www.srlf.org/rc/org/srlf/med/Abstract/2005/abs-20050905-150650-988/>. Cet indice de sevrage a été accepté par les RRT canadiens et sera publié (ou est déjà publié) dans la revue canadienne. [...]. »*

Après analyse de la répartition des interventions, selon les étapes du processus de construction des connaissances il apparaît que l'étape de « partage et de comparaison » est bien présente et que celle de « Discordance et Incohérence » l'est peu (un seul sujet). Enfin aucune des trois dernières étapes du modèle proposé par Gunawardena<sup>82</sup> n'a été observée (Figure 4.4), ce qui semble indiquer que l'on n'atteint pas, du moins dans cet espace virtuel et au vu de tous, l'établissement de consensus.



**Figure 4.4**  
Répartition des interventions selon le processus de construction des connaissances de Gunawardena<sup>83</sup>.

#### 4.2 Passation d'un questionnaire en ligne

Les données recueillies via l'enquête par sondage, de nature principalement descriptive, nous ont permis d'obtenir des informations relativement aux caractéristiques des participants et de connaître leurs perceptions et opinions sur des sujets bien ciblées (Appendice I).

S'étant déroulée sur une période de sept semaines, la passation de notre questionnaire en ligne nous a permis dans un premier temps de dresser un portrait des répondants, lequel nous amène à mieux les connaître et à valider, par la même occasion, la représentativité de nos répondants. Dans un deuxième temps, nous nous sommes intéressée aux habitudes d'utilisation du forum de discussion et des boîtes à question et de participation des répondants et à leur expérience des utilisateurs de ces outils de communication et collaboration virtuelles.

<sup>82</sup> Gunawardena, C. N, Lowe, C. A et Anderson, T, 1997.

<sup>83</sup> Notre traduction. Gunawardena, C. N, Lowe, C. A et Anderson, T, 1997.



#### 4.2.1 Le portrait des répondants

À la clôture du questionnaire, ce sont 178 inhalothérapeutes qui ont répondu à nos questions via le *Campus OPIQ*.

Le taux de participation enregistré (~ 9 %) peut sembler faible lorsque comparé aux taux de réponses habituellement obtenues par l'OPIQ dans ses sondages annuels (~ 25 % 2009 et 2010). Toutefois les données recueillies, que nous avons croisées avec celles de l'OPIQ concernant ses membres (genre, nombre d'années d'expérience en qualité d'inhalothérapeute, provenance géographique, lieu d'exercice, champ (s) d'exercices cliniques et horaire de travail) semblent indiquer que les participants ayant participé au sondage sont plutôt représentatifs de l'ensemble de la population des inhalothérapeutes membres de l'OPIQ (Tableau 4.1).

**Tableau 4.1**  
Représentativité des données recueillies selon le profil des répondants

| Caractéristique              | Profil de nos répondants   | Profil des membres de l'OPIQ <sup>84</sup>   |
|------------------------------|--|--|
| Genre                        | femme 85 %   | femme 85 %   |
| Caractéristique              | Profil de nos répondants   | Profil des répondants de l'OPIQ à un sondage en ligne <sup>85</sup>  |
| Expérience (année)           | Groupe d'âge le plus représenté  |  |
|                              | > 20 ans (54%)   | > 20 ans (40%)   |
| Provenance géographique      | Régions les plus représentées  |  |
|                              | 1. Montréal (26 %)<br>2. Québec/Chaudière/<br>Appalaches/Bas St-Laurent/Gaspésie/Îles de La Madeleine (23 %)<br>3. Montérégie (14 %) | 1. Montréal (26 %)<br>2. Québec/Chaudière/Appalaches/<br>Bas St-Laurent/Gaspésie/Îles de La Madeleine (22 %)<br>3. Montérégie (18 %) |
| Lieux d'exercice             | Centre hospitalier (69 %)  | Centre hospitalier (79 %)  |
| Secteurs d'exercice clinique | secteurs les plus représentés  |  |
|                              | 1. Soins cardiorespiratoires généraux<br>2. Soins critiques  | 1. Soins cardiorespiratoires généraux<br>2. Soins critiques  |
| Horaire de travail           | Jour (58 %)<br>Soir (23 %)<br>Nuit (19 %)  | Jour (88 %)<br>Soir (36 %)<br>Nuit (22 %)<br>Note : le répondant peut avoir répondu à plus d'un choix de réponse                     |

<sup>84</sup> Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. Rapport annuel 2011- 2012. Page 27.

<sup>85</sup> Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. *Le Campus OPIQ*, plus que jamais au cœur de l'action. 2009. Page 4 - 6 (consultation autorisée).

#### 4.2.2 Les attentes de départ des répondants à l'égard du forum de discussion et des boîtes à questions.

La plupart des membres n'avaient pas d'attente de départ précise. Toutefois, il semble que l'acquisition de nouvelles connaissances, le désir de partager, de comparer et de valider sa pratique clinique, l'apprentissage d'une nouvelle façon de travailler, l'amélioration de la qualité de sa pratique ainsi que le désir d'obtenir une réponse à sa question constituent les attentes principales des membres à l'égard du forum ou des BAQ. Par ailleurs, 64 % des utilisateurs considèrent que leurs attentes de départ ont été satisfaites. Cela dit, à partir des réponses fournies par ceux dont les attentes n'ont été satisfaites qu'en partie (29 %) ou pas du tout satisfaites (7 %), on comprend que l'absence de réponse parfois observée et le faible taux d'implication exprimé par quelques répondants sont deux éléments qui nuisent à la participation et à la satisfaction de l'expérience.

Exemples de réponses obtenues chez ceux dont les attentes n'ont pas été satisfaites :

- « *Ce sont toujours les mêmes questions qui y sont et il n'y a jamais de réponse!* »
- « *Il n'y a pas encore assez d'utilisateurs qui communiquent avec cet outil* »
- « *Je pense que c'est trop peu utilisé pour être un outil de référence* »

#### 4.2.3 Intérêt ou motivation des répondants à utiliser ou non le forum de discussion et les boîtes à questions

Pour les utilisateurs, ces lieux virtuels servent de lieux de communication, de référence, de partage d'expériences, et de comparaison de leur pratique professionnelle à celle d'autres inhalothérapeutes. Pour ceux qui n'utilisent pas ces outils de communication et de collaboration, le manque de temps ou d'intérêt pour ces outils ou la technologie et l'accès à d'autres sources d'information (collègues, manuel de référence ou Internet) sont signalés comme autant de raisons de ne pas visiter ces lieux que le fait de préférer savoir à qui on s'adresse et lui parler de vive voix.



#### 4.2.4 L'habitude d'utilisation/participation des répondants au forum de discussion et aux boîtes à questions

La présence d'un forum de discussion et des BAQ est connue des membres du *Campus OPIQ* dans une proportion de 85 % et 65 % respectivement. Cela dit, 1 % à 2 % des utilisateurs ne savent pas comment utiliser ces outils de communication et de collaboration (accéder au message, poser ou répondre à une question, etc.). De plus, 16 % des membres utilisent d'autres outils virtuels (téléphonie, *Facebook*/ *MSN Messenger*, *Courriel/Lotus note*, etc.) pour discuter de leur expérience de travail et échanger avec leurs pairs inhalothérapeutes.

Parmi les utilisateurs, 95 % n'ont pas rencontré de problème technique dans leur utilisation des outils et jugent que le forum de discussion et les BAQ sont « faciles » ou « très faciles » d'usage (93 % et 97 % respectivement).

Par contre, que ce soit pour amorcer une discussion, poser une question ou répondre à l'une ou l'autre, le taux de contribution active (c'est-à-dire souvent ou toujours) n'est que de 1 % — 2 % selon les outils, mais ce taux grimpe à 17 % et 21 % pour une contribution occasionnelle (c'est-à-dire parfois). À l'opposé, parmi ceux qui observent sans contribuer, c'est près d'un utilisateur sur cinq (19 %) qui lit « souvent » ou « toujours » les échanges entre inhalothérapeutes et un peu plus d'un utilisateur sur deux (57 %) qui lisent « parfois » les mêmes échanges.

##### À propos des habitudes d'utilisation et de participation des répondants

Dans un sondage de population (taux de réponse 26, 5 %) portant sur les habitudes d'utilisation/participation du *Campus OPIQ*<sup>86</sup>, les répondants ont indiqué :

1. Répondre à une question posée dans le forum de discussion ou les BAQ dans une proportion de 7 %.
2. Consulter le forum de discussion et les BAQ dans une proportion de 27 %
3. Afin de comparer avec justesse ces données, il faut considérer le fait que l'étude de référence ne déclinait pas la fréquence d'utilisation selon la même échelle (toujours – souvent- parfois – jamais).

<sup>86</sup> Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. Le *Campus OPIQ*, plus que jamais au cœur de l'action. 2009. Page 6 (consultation autorisée).

#### 4.2.5 La perception des répondants concernant l'amélioration de leur pratique grâce à leur présence (contribution ou observation) au sein de la CoPv.

Si 46 % des membres du *Campus OPIQ* croient que l'utilisation du forum de discussion et des BAQ a eu un impact sur leur pratique clinique, 20 % ne le croit pas et 34 % ne le savent pas.

Parmi les impacts positifs en lien avec la pratique clinique, soulignons a) le partage d'informations et de connaissances, lequel permet de gagner du temps, de connaître une nouvelle façon de faire (bonne idée, trucs, etc.), de s'entraider et d'uniformiser la pratique et b) la comparaison entre pairs, laquelle permet de s'autoévaluer, de se maintenir à jour et d'aider au développement de la pratique. Parmi les raisons évoquées pour l'absence ou le peu d'impact, soulignons a) le manque de réponses aux questions posées, b) le faible taux de discussion autour d'un secteur d'activité moins représentatif de la CoPv (ex. : soins et services respiratoires à domicile) et c) le manque d'implication des membres de la CoPv.

#### 4.3 Entrevues individuelles d'appoint

Cette technique de collecte de données nous a principalement permis, dans une première étape, d'enrichir notre compréhension du projet et de sa mise en place par le biais d'une entrevue avec une représentante de l'OPIQ (instigateur de notre CoP virtuelle). Dans une deuxième étape, cette technique nous a permis de mieux cerner les perceptions de deux types d'utilisateurs de ces outils de communication et de collaboration.

Nous présenterons d'abord le profil de la représentante de l'OPIQ interviewée ainsi que les réponses obtenues lors de notre rencontre. Par la suite, nous dressons les profils des utilisatrices rencontrées, et les données collectées en prenant soin de préciser les convergences et divergences dans le discours de chacune s'il y a lieu.

#### 4.3.1 La représentante de l'OPIQ (instigateur de la CoPv à l'étude)

Nous avons rencontré la directrice générale et Secrétaire de l'OPIQ. L'Objectif de cette rencontre visait à cerner la motivation, les attentes et les préoccupations s'il y a lieu de l'OPIQ, à l'égard de la CoP en ligne en général et du forum de discussion et des boîtes à questions en particulier.

| Profil                    |  |
|---------------------------|--|
| Genre                     | Femme  |
| Titre professionnel       | Inhalothérapeute et Maître en administration des affaires publiques                            |
| Poste occupé              | Directrice générale et Secrétaire de l'OPIQ  |
| Établissement             | Sans objet   |
| Région                    | Sans objet   |
| Secteur d'activité        | Sans objet   |
| Autre information         | Répondante connue des chercheuses  |
| Type d'entrevue           | Entrevue <i>in visu</i>  |
| Intérêt pour la recherche | Représentante de l'OPIQ, instigateur du forum de discussion et des BAQ du <i>Campus OPIQ</i> . |

- *La prémisse de la mise en place de la CoPv*

S'il n'y avait pas d'attentes de départ démesurées en raison du caractère novateur de ce projet, un des objectifs visé par la création de cette communauté était d'offrir, aux inhalothérapeutes qui le souhaitaient, un lieu virtuel d'échanges sur des sujets d'intérêt commun et liés à la pratique professionnelle.

Trois éléments ont motivé l'OPIQ à mettre en place ces lieux d'échanges selon la représentante rencontrée :

1. Offrir un espace d'échanges à ses membres sur une base continue.
2. Réunir un savoir et un savoir-faire en un même endroit et le partager.
3. Améliorer et uniformiser la pratique clinique des inhalothérapeutes.

Par ailleurs, si le Conseil d'administration (CA) de l'OPIQ avait des craintes de dérapage (sujet hors contexte ou inapproprié, etc.), la confiance du CA quant à la capacité de l'organisation à gérer ou contrôler un éventuel dérapage semble avoir joué un rôle déterminant dans la décision d'aller de l'avant avec ce projet.



*Les habitudes d'utilisation/participation à la communauté virtuelle*

L'organisation n'intervient généralement pas directement dans les discussions de ses membres. Toutefois, une rétroaction (action entreprise suite à la lecture des propos échangés par ses membres) est possible. À titre d'exemple, un représentant de l'OPIQ pourrait intervenir (directement ou indirectement) dans le cas où une pratique clinique décrite contrevenait à un des Règlements de l'OPIQ. Précisons ici que nous n'avons pas observé ce type de rétroaction dans le cadre de notre terrain.

D'un point de vue purement technique, l'organisation ne rapporte pas de problème "non résolu" entre les outils de communication et de collaboration et la technologie utilisée par le *Campus OPIQ*.

- *Amélioration de la pratique professionnelle des inhalothérapeutes*

La représentante de l'OPIQ croit que ces outils de communication et de collaboration peuvent contribuer à améliorer la pratique professionnelle des inhalothérapeutes, mais elle ne peut toutefois en mesurer l'impact réel, ni la portée sur la mission première de protection du public de l'OPIQ.

- *Les pistes d'amélioration pour dynamiser les échanges en ligne et enrichir le bagage de savoirs de la communauté*

La représentante de l'OPIQ souligne que l'organisation n'est pas fermée à l'idée de revoir sa position non participante (tel que décrite au chapitre III), car « *les membres semblent avoir des attentes face à la participation de l'OPIQ.* » De même, elle ajoute que la présence et le rôle d'un modérateur/animateur (désigné par l'OPIQ) pourraient figurer au nombre des sujets de réflexions à venir lors de la prochaine planification stratégique de l'organisation. Les réflexions devront également prendre en compte la présence à venir de l'organisation dans les médias sociaux (*Facebook, Twitter, etc.*).

#### 4.3.2 Les utilisateurs du forum de discussion et des boîtes à questions.

Nous avons sollicité directement deux utilisatrices qui nous ont semblé pertinentes à interviewer en regard de leurs profils.

Utilisatrice 1. Contributrice active (c'est-à-dire qu'elle entretient les discussions, en crée de nouvelles).

| Profil                    |  |
|---------------------------|--|
| Genre                     | Femme.   |
| Titre professionnel       | Inhalothérapeute.  |
| Poste occupé              | Assistante-chef d'un service d'inhalothérapie.   |
| Établissement             | Centre hospitalier de courte durée et programme de soins et services respiratoires à domicile. |
| Région                    | Extérieur de Montréal.   |
| Secteur d'activité        | Tous les secteurs d'activités.   |
| Autre information         | Répondante connue des chercheuses.   |
| Type d'entrevue           | Échanges de courriel (septembre 2012).   |
| Intérêt pour la recherche | Contributrice active.  |

Utilisatrice 2. Observatrice active (c'est-à-dire qu'elle lit, ne contribue pas directement, mais transmet ce qu'elle a lu à une tierce personne ou à un groupe de personnes).

| Profil                    |   |
|---------------------------|---|
| Genre                     | Femme.  |
| Titre professionnel       | Inhalothérapeute.   |
| Poste occupé              | Coordonnatrice à l'inspection professionnelle   |
| Établissement             | Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ).   |
| Région                    | Sans objet.   |
| Secteur d'activité        | Sans objet.   |
| Autre information         | Répondante connue des chercheuses   |
| Type d'entrevue           | Entrevue <i>in visu</i> et échanges de courriel (septembre 2012).   |
| Intérêt pour la recherche | Observatrice active.  |
| NOTE                      | Si cette répondante a un accès au <i>Campus OPIQ</i> , c'est avant tout en raison de son inscription (en qualité d'inhalothérapeute), au Tableau des membres de l'OPIQ, et non pas en raison du poste qu'elle occupe au sein de l'organisation. |

#### 4.3.3 Les attentes de départ

À l'ouverture du forum de discussion et des boîtes à questions, la contributrice active souhaitait y retrouver un lieu virtuel d'échanges sur des sujets communs aux inhalothérapeutes de toutes les régions du Québec. De plus, elle souhaitait tisser des liens virtuels et éventuellement les convertir en liens réels. Enfin, elle espérait qu'un espace d'échange virtuel entre inhalothérapeutes d'une même région soit créé afin de partager un vécu "régional"<sup>87</sup>.

Les attentes de départ de la contributrice active n'ont pas été pleinement satisfaites, car dit-elle, « *les réponses sont peu nombreuses [et] ceux qui répondent sont toujours les mêmes* ». De plus, elle précise qu'avec le temps, l'intérêt pour ces outils de communication et de collaboration diminue en raison du manque d'interventions.

« *[...], il y a très peu de questions, très peu de demandes. Avec le temps, c'est encore pire, il y en a de moins en moins... Moi-même, j'y place beaucoup moins de demandes...* »

Pour l'observatrice active, ces lieux d'échanges devaient principalement être utilisés pour discuter de cas cliniques ou aborder des sujets qui s'appuient sur des données scientifiques. Ses attentes de départ n'ont pas non plus été satisfaites. Pourtant, l'analyse des contenus échangés indique que l'échange de savoirs tacites domine et que les savoirs échangés sont de type scientifique et qu'ils s'appuient sur des références dans un tiers des cas (Figure 4.2).

- *La motivation à contribuer ou à observer*

La motivation à contribuer activement à la CoPv réside principalement dans le désir de partager ses savoirs avec ses "pairs" ou minimalement, de fournir un élément de réponse à celui qui interroge la communauté. Participant

<sup>87</sup>Tous les membres du *Campus OPIQ* ont été invités par l'OPIQ à se créer une CoPv privée et à communiquer entre eux via leur propre forum de discussion. Au fil du temps, des CoPv privées ont vu le jour dans les régions de Montréal, Québec et en Montérégie notamment. Différents types de regroupement sont possibles, dont ceux d'assistants-chefs, de coordonnateurs ou de responsables de service. Source : *Une étude populationnelle pour souligner le 2<sup>e</sup> anniversaire du Campus OPIQ*. Revue l'inhalo. Vol 27, No 1, Avril 2010. Page 41. OPIQ. [en ligne] [http://www.opiq.qc.ca/pdf/journal/inhalo\\_avril2010.pdf](http://www.opiq.qc.ca/pdf/journal/inhalo_avril2010.pdf) (page consultée le 10 septembre 2012).



activement, elle souhaite recevoir de l'information ou une réponse à son tour lorsqu'elle s'adressera à la communauté.

Celle qui observe activement (c'est-à-dire qu'elle lit, ne contribue pas directement, mais transmet ce qu'elle a lu à une tierce personne ou à un groupe de personnes) déclare que sa motivation à observer la CoPv réside principalement dans le fait de pouvoir y référer les inhalothérapeutes afin qu'ils y posent leur question ou qu'ils y lisent des réponses déjà données par un pair.

- *Les habitudes d'utilisation/participation à la communauté virtuelle*

Au niveau des habitudes de consultation, c'est sans surprise que nous avons appris que le service de notification courriel automatisée est activé pour la contributrice active et non activé pour l'observatrice active, qui elle préfère visiter en toute autonomie ce lieu d'échange périodiquement<sup>88</sup>.

Outre la contribution et l'observation, une rétroaction est tout à fait possible lorsque l'on a pris connaissance des propos échangés par les inhalothérapeutes, et ce, autant chez la contributrice que l'observatrice. En effet, la validation des savoirs échangés auprès d'experts ou dans la littérature ou encore l'adaptation/révision d'un projet en cours sont des actions tout aussi probables pour elles que le partage du contenu échangé virtuellement avec l'équipe ou les collègues de travail.

Au niveau communicationnel, la contributrice active considère que le forum de discussion et les BAQ font partie intégrante de ses outils de travail. Lorsqu'elle utilise un autre mode de communication (Courriel/Lotus note ou autre) cela peut être en raison de la confidentialité des propos qu'elle souhaite assurer.

<sup>88</sup> Les membres du *Campus OPIQ* gèrent eux-mêmes certains paramètres tels que l'activation (ou la désactivation) des notifications courriel automatisées et la fréquence de celles-ci. À noter également que ces paramètres peuvent toujours être modifiés par le membre *a posteriori* de l'adhésion au *Campus OPIQ*. Source : *Le Campus OPIQ*. Revue l'inhalo. Vol 24, No 4, Janvier 2008. Page 22. OPIQ. [en ligne] [http://www.opiq.qc.ca/pdf/journal/inhalo\\_janvier2008.pdf](http://www.opiq.qc.ca/pdf/journal/inhalo_janvier2008.pdf) (page consultée le 10 septembre 2012).

- *Statut particulier de l'inhalothérapeute*

Pour la contributrice active, le statut particulier<sup>89</sup> d'un contributeur à la CoPv (parfois précisé dans la signature ou lorsqu'il s'agit d'un membre connu de la communauté) semble ajouter à la réponse ou à l'information transmise par ce membre, car on présuppose qu'il a validé ses propos au préalable.

Pour l'observatrice, il est aussi possible (selon le sujet en cause) que l'impact (direct/indirect, positif/négatif) des propos émis par un contributeur soit plus important s'il possède un statut particulier.

- *Le sentiment d'appartenance à la profession*

La contributrice active souligne que le fait de contribuer aux discussions du forum et aux BAQ, apporte un sentiment accru d'appartenance à la profession d'inhalothérapeute, précisant que la participation peut « *rapprocher les individus d'une même profession, d'un même intérêt.* ». L'autre utilisatrice (observatrice) n'a pas abordé cette question.

- *Le sentiment d'apprendre ou d'accéder à une nouvelle information plus rapidement*

De l'avis de la contributrice active, l'utilisation de ces outils de communication et de collaboration devrait effectivement permettre à la communauté d'obtenir de l'information rapidement. Toutefois, elle précise que « *Le forum et les BAQ sont trop dépendants des utilisateurs.* [...] ». La faible participation peut donc nuire à cette diffusion plus rapide de l'information. L'autre utilisatrice (observatrice) n'a pas abordé cette question.

---

<sup>89</sup> On entend par statut particulier un inhalothérapeute qui occupe un poste autre que celui d'inhalothérapeute clinicien (responsable de service, assistant-chef, coordonnateur, un enseignant, ...).

- *La perception d'être plus compétent*

Pour la contributrice active, il est possible de rehausser ses compétences et d'améliorer la qualité du travail effectué si on obtient réponse à ses questionnements et que ceux-ci peuvent être validés. Toutefois, elle ajoute que cette possibilité d'amélioration, découlant d'une réponse validée, est « *trop peu fréquente* ». L'autre utilisatrice (observatrice) n'a pas abordé cette question.

Les échanges avec ces deux utilisatrices furent également l'occasion de cerner les aspects positifs qu'ils associent à ce lieu d'échange en ligne et de discuter des pistes d'amélioration pour dynamiser les échanges et enrichir le bagage de savoirs et de savoir-faire des inhalothérapeutes.

- *Les aspects positifs associés à ces lieux d'échanges entre pairs*

La contributrice active signale que les outils sont là et qu'ils sont fonctionnels, mais qu'il manque simplement de participants actifs.

L'observatrice active, pour sa part, constate qu'il y a des inhalothérapeutes qui se sont rencontrés via cette plateforme et qui ont partagé, ce qui n'aurait pu se faire autrement. De plus, elle note que le forum de discussion et les BAQ ont aussi créé une culture d'ouverture et de partage, qu'elle juge peu présente chez les inhalothérapeutes.

- *Les pistes d'amélioration pour dynamiser les échanges en ligne et enrichir le bagage de savoirs de la communauté*

La contributrice active rencontrée souhaiterait la présence d'un animateur pour encourager la participation active des inhalothérapeutes ou minimalement offrir un élément de réponse à un questionnaire et ainsi éviter qu'un sujet demeure sans réponse.

#### 4.4 Synthèse des résultats

Nous proposons, à la suite de ce travail d'analyse, de résumer nos résultats dans un tableau synthèse (Tableau 4.2).

**Tableau 4.2**  
Synthèse des résultats\*

| Dimension  | Sous-dimension         | Indicateur                      | Bilan  |
|--|------------------------|---------------------------------|--|
| Appropriation des outils de communication et collaboration | Intégration des outils | Disponibilité des outils connue | 95 % des répondants.   |
|  |                        | Facilité d'utilisation          | 95 % des répondants.   |
|  |                        | Contributeur                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• % de contributeurs : cohérent avec la règle du 1 % de Hill<sup>90</sup>.</li> <li>• Apport par contributeur : en deçà des résultats d'autres études publiées (forums publics).</li> </ul> |
|  |                        |                                 | Fréquence d'observation : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Souvent : 20 % des répondants.</li> <li>• Parfois : 50 % des répondants.</li> </ul>   |
|  | Usages développés      | Observateur                     | Raisons d'utiliser ou pas de bon aloi  |
|  |                        | Motivation à utiliser           | Cohérente avec la définition de la CoP de Wenger et coll. <sup>91</sup> .  |
|  |                        | Motivation instigateur          | Possible pour contributeurs, observateurs et instigateur.  |
|  |                        | Rétroaction                     | Majoritairement liées à la pratique professionnelle, mais peu de nouvelles perspectives thérapeutiques discutées ou de sujets issus de données probantes ( <i>Evidence based knowledge</i> ).                                      |
|  |                        | Thématiques abordées            | Cohérente avec l'exercice de la profession.  |
|  |                        | Organisation des thématiques    | 59 % des interventions sont bonifiées (ajout d'un témoignage ou complément d'information lié à la pratique clinique).  |
| Savoirs à transmettre ou à construire                      | Transmission           | Type d'intervention             | Savoir tacite (60 %) et savoir explicite (40 %) ce qui est légèrement en deçà de Jacob <sup>92</sup> , mais tout de même conséquent.   |
|  |                        | Avoir intellectuel              | 30 % des contenus échangés   |

\* Fourni à titre indicatif seulement et fondée sur l'ensemble des données de recherche recueillies et analysées.

<sup>90</sup> Hill W.C. 1992, cité dans Nielsen, J., 2006.

<sup>91</sup> Cité et traduit dans CEFRIO, 2005. Page 21.

<sup>92</sup> Jacob R, 2004.



**Tableau 4.2 (suite)\***

| <b>Dimension</b>   | <b>Sous-dimension</b>      | <b>Indicateur</b>                                     | <b>Bilan</b>  |
|--|----------------------------|---|---|
| Savoirs à transmettre ou à construire (suite)                          | Construction               | Processus de construction                             | Phase de partage et comparaison : présente. Ceci est cohérent avec la transmission de savoirs expérimentiels, tacites, scientifiques et procéduraux.  |
|  |                            |   | Phase de discordance et d'incohérence : peu présente.   |
|  |                            |   | Phase de négociation de sens : absente.   |
|  |                            |   | Phase d'essai et de modifications (coconstruction) : absente.   |
|  |                            |   | Phase d'énoncé d'accord et de nouvelle application : absente.   |
| Amélioration (perception) de la qualité de la pratique professionnelle | Validité                   | Processus de clôture formel en ligne                  | Aucun.  |
|  |                            | Processus de validité formel en ligne                 | Aucun.  |
|  | Connaissances et expertise | Apprendre quelque chose ou recevoir un nouveau savoir | Forum et BAQ assurent un rôle de diffusion des savoirs.<br>Membres qui prennent connaissance des contenus échangés :<br>1. Souvent ou toujours : 20 %<br>2. Parfois : 50 %  |
|  |                            | Sentiment d'appartenance accrue                       | Milieu de pratique : semble présent, mais on ne peut affirmer que ce soit en raison de la CoPv.<br>Possible en raison du rapprochement induit par la participation à la CoPv, mais données insuffisantes pour analyser avec justesse. |
|  |                            | Améliorer la pratique professionnelle                 | Indicateur difficilement qualifiable :<br>- Impact positif : 50 %<br>- Peu ou pas d'impact: 20 %<br>- Ne le sait pas : 30 %   |

\* Fourni à titre indicatif seulement et fondée sur l'ensemble des données de recherche recueillies et analysées.

## CHAPITRE V

### LA DISCUSSION

Ayant comme objectif premier d'étudier l'impact de l'utilisation d'un forum de discussion et des boîtes à questions (BAQ) sur la pratique professionnelle des inhalothérapeutes, membres d'une communauté de pratique virtuelle, nos questions de recherche se sont donc orientées vers les trois dimensions constitutives suivantes : l'appropriation, les types de savoirs et les impacts sur la pratique professionnelle et c'est dans cet ordre que nos discussions sont ici présentées. Par la suite, nous proposons des pistes d'amélioration découlant de notre travail d'analyse. Enfin, nous terminons en soulignant les limites propres à notre recherche.

#### 5.1 Dynamique d'appropriation des connaissances et expertises professionnelles

##### 5.1.1 L'intégration des outils de communication et de collaboration (forum de discussion et boîtes à questions) par les membres du *Campus OPIQ*

- *Les habitudes d'utilisation/participation des membres de la CoPv*

Nous avons noté, en analysant les données ethnographiques et des contenus échangés, que le forum de discussions et les boîtes à questions sont utilisés " en continu " et à tout moment de la semaine par les inhalothérapeutes depuis quelques années déjà, mais à un rythme irrégulier. À cet égard, il est possible que cette irrégularité du rythme soit liée (en partie du moins) à la fréquentation encore limitée de ces deux lieux d'échanges virtuels.

Nous avons également relevé parmi les contenus échangés que les deux tiers des sujets abordés ont suscité au moins une intervention de la part d'un membre de la communauté. Ceci nous porte à croire que le forum de discussion et les boîtes à question sont des espaces virtuels où l'on trouve généralement réponse à son questionnement. Cela dit, notre analyse ne nous



permet pas de savoir si la ou les réponses obtenues ont été jugées satisfaisantes par celui qui présente son questionnaire.

Bien que l'on ait observé une prise de parole discrète, voire une participation silencieuse chez la majorité des utilisateurs, le taux de contributeurs actifs (ceux qui entretiennent les discussions et qui en créent de nouvelles) relevé (analyse des contenus échangés et questionnaire d'enquête) est d'un peu plus de 1 %. Or, si ce taux de contribution active paraît faible, ce n'est pas parce que le forum de discussion et les boîtes à questions sont méconnus des inhalothérapeutes ni en raison d'une difficulté avec la technologie qu'utilise le *Campus OPIQ*. Cela dit, le taux de participation respecte la règle de Hill<sup>93</sup>, montrant que l'inégalité de participation dans les CoPv est caractéristique des plateformes du Web collaboratif.

Selon les réponses obtenues lors de nos rencontres individuelles, il appert qu'en dépit d'une distribution inégale de la parole, une rétroaction (action entreprise suite à la lecture d'une discussion) est tout à fait possible tant chez les contributeurs que les observateurs. Ceci nous permet donc de croire que ces outils de communication et collaboration peuvent être profitables même pour les observateurs.

Enfin, l'analyse des contenus échangés montre que seulement 5 % des contributeurs se sont impliqués à hauteur de 33 % des toutes les interventions, ce qui est en deçà de résultats obtenus dans d'autres études telles que celles d'Alkirch et Meadel<sup>94</sup> (10 %) et de Clavier et coll.<sup>95</sup> (8 %), lesquelles portent toutefois sur des espaces d'échange grand public et largement fréquentés comme les forums de discussion du site Doctissimo par exemple.

---

<sup>93</sup> Hill W.C. 1992, cité dans Nielsen, J., 2006.

<sup>94</sup> Akrich, M et Méadel, C. 2009.

<sup>95</sup> Clavier V, et Coll. 2010.

- *Le profil des contributeurs*

D'une part, notre présence sur le terrain nous a permis d'identifier des contributeurs majoritairement féminins, ce qui est représentatif de la répartition femme/homme membre de l'OPIQ<sup>96</sup>. D'autre part, les réponses obtenues au questionnaire en ligne ont démontré que les outils de communication et de collaboration mis en place par l'OPIQ ne remplacent pas, mais s'ajoutent à d'autres outils de communication virtuelle (courriel, *Lotus note*, téléphonie, etc.), ce qui permet de séparer les conversations publiques de celles qui sont privées.

Par ailleurs, nous avons aussi relevé que les inhalothérapeutes sont peu nombreux (16%) à discuter de leur expérience de travail et à échanger (de façon indirecte et sans lien avec le *Campus OPIQ*) avec leurs pairs. Nous précisons ici que ce dernier constat n'est pas en opposition avec le taux de contribution occasionnel (~ 20 %) au forum de discussion et aux BAQ par les membres du *Campus OPIQ*.

- *Le statut particulier de l'inhalothérapeute*

D'après notre analyse, les contributeurs qui possèdent un statut particulier n'hésitent pas à l'indiquer dans leur message et, selon les deux utilisatrices interviewées, la présence d'un statut particulier avec la signature de l'auteur pourrait ajouter une valeur au contenu du message.

Ce constat, qui peut mener vers une répétition " en ligne " du modèle hiérarchique "hors ligne", est cohérent avec les écrits de Creplet<sup>97</sup>, qui précisait que le statut et la position hiérarchique des membres d'une communauté de savoirs virtuelle peuvent être placés au second plan (même si leur influence demeure) et que cette approche d'apprentissage sociale peut être utilisée en complémentarité de l'approche traditionnelle verticale.

---

<sup>96</sup> Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. Rapport annuel 2011- 2012. Page 27.

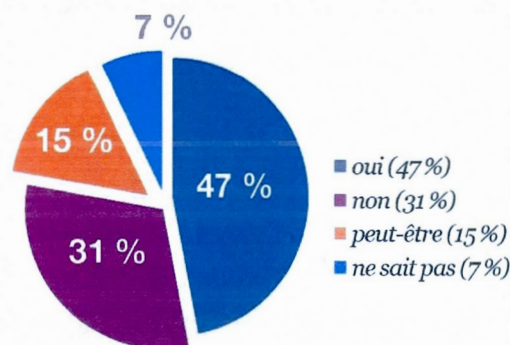
<sup>97</sup> Creplet, F, 2007.

- *La motivation à contribuer ou pas, à observer ou ignorer et à offrir ces espaces d'échanges*

D'après les réponses obtenues du questionnaire en ligne et lors des entrevues individuelles, les arguments évoqués pour « ne pas » utiliser ces outils de communication et de collaboration, tout comme les motivations de ceux qui utilisent « un peu », « moyennement » ou « beaucoup » ces outils novateurs sont nombreuses et varient selon les utilisateurs et les non utilisateurs. Cela dit, le fait de ne pas obtenir de réponse à une question posée constitue un élément qui diminue la motivation à utiliser ces outils.

Par ailleurs, soulignons qu'en 2010, l'OPIQ<sup>98</sup> a réalisé une étude populationnelle (en ligne) dont l'objectif premier était de mieux connaître les apprenants (et futurs apprenants) de la plateforme de formation continue (*Campus OPIQ*). Parmi les questions posées aux membres de la communauté, on demandait si les membres croyaient que l'ajout d'un forum de discussion (réservé aux inhalothérapeutes inscrits à une même formation) serait utile pour bonifier l'apprentissage en ligne.

Les membres de la communauté sondés (212 répondants) ont répondu « oui » dans une proportion de 47 % (Figure 5.1).



**Figure 5.1**  
Répartition (%) des membres qui croient que l'ajout d'un forum de discussion pourrait bonifier leur apprentissage en ligne.

<sup>98</sup> Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. Visuel ou auditif? Inductif ou déductif? Quels sont les types d'apprenants virtuels du *Campus OPIQ*? Revue l'inhalo. Pages 37. Janvier 2011.

Les réponses exprimées par les répondants de ce sondage sont cohérentes avec les réponses obtenues dans le cadre de notre enquête en ligne. En effet, parmi les réponses en faveur d'un forum privé associé à une activité de formation en particulier, on indique notamment que cela permettrait de partager ses connaissances et de connaître les pratiques de ses collègues. De même, parmi les raisons évoquées qui sont contre une telle option, les membres ont indiqué, entre autres, manquer de temps ou ne pas recevoir d'information validée. Enfin, pour ceux qui ont répondu « peut-être », certains précisent que la présence d'un tel forum serait bénéfique si le répondant est connu et que l'on sait la source fiable.

Enfin, l'entrevue individuelle avec une représentante de l'OPIQ nous a appris que la motivation de l'organisation à offrir de tels espaces de communication et de collaboration "à ses membres" et "pour ses membres" est en tout point cohérente avec la notion de communauté de pratique de Wenger, McDermott et Snyder qui la définissent comme étant « [...] *des groupes de personnes qui se rassemblent afin de partager et d'apprendre les uns des autres, face à face ou virtuellement. Ils sont tenus ensemble par un intérêt commun dans un champ de savoir et sont conduits par un désir et un besoin de partager des problèmes, des expériences, des modèles, des outils et les meilleures pratiques. Les membres de la communauté approfondissent leurs connaissances en interagissant sur une base continue et à long terme, ils développent un ensemble de bonnes pratiques* »<sup>99</sup>.

#### 5.1.2 Les usages développés par les membres de la CoPv

- *Les thématiques abordées*

D'après nos données ethnographiques et l'analyse des contenus échangés, les échanges portent principalement sur la pratique professionnelle des inhalothérapeutes et parfois sur des sujets connexes à la profession et nous n'avons relevé aucune discussion de nature personnelle. Ce constat est cohérent avec la définition de communauté de pratique proposée par Lave et

---

<sup>99</sup> Cité et traduit dans CEFRIO, 2005. Page 21.

Wenger (1991)<sup>100</sup> pour désigner ce processus d'apprentissage social qui émerge lorsque les individus qui interagissent ensemble ont un intérêt commun (une pratique ou un objectif commun).

- *L'organisation des thématiques*

L'observation de notre terrain et l'analyse des contenus échangés nous indiquent que les thématiques abordées touchent principalement les deux domaines de pratique les plus représentés chez les inhalothérapeutes (soins critiques et soins cardiorespiratoires généraux) et la boîte à question qui s'adresse à « tous les domaines » a été peu utilisée par les participants, ce qui semble suggérer que les catégories proposées répondent bien aux besoins d'information des utilisateurs.

Par ailleurs, bien que de nouvelles perspectives thérapeutiques soient parfois discutées, notre analyse montre que cette pratique n'est pas courante sur cette plateforme. Ce constat pourrait suggérer que les inhalothérapeutes ressentent moins d'aisance à discuter d'un sujet nouveau publiquement ou sur une plateforme de l'OPIQ du fait qu'il s'agit d'une perspective récente et que les inhalothérapeutes ont, par conséquent, moins d'expérience clinique associée. Cela dit, notre analyse des interventions ne nous permet pas de confirmer cette hypothèse.

## 5.2 Capacité de transmettre et de favoriser la construction de nouveaux savoirs

### 5.2.1 La transmission de savoirs

- *Les questions et les réponses*

D'après nos données ethnographiques et l'analyse des contenus échangés, les questions sont principalement de type fermé, ce qui pourrait indiquer que si on souhaite une réponse, on ne souhaite pas nécessairement discuter plus avant du sujet sur la place publique. Certains sujets demeurent sans réponse, malgré

---

<sup>100</sup> Cité dans Université Paris Descartes.

une moyenne de deux interventions par sujet introduit. S'ils proviennent de tous les secteurs d'activité, la moitié de ces sujets non répondus concernent le secteur des soins critiques, pourtant un des secteurs les plus représentatifs de la pratique clinique des inhalothérapeutes. Par ailleurs, parmi les sujets ne suscitant pas d'interaction, la moitié d'entre eux ont été introduites par un contributeur actif (donc connu au sein la CoP virtuelle). Ce dernier constat pourrait indiquer qu'un contributeur actif représente un frein pour l'observateur qui souhaiterait prendre la parole, mais qui n'ose pas, car trop intimidé par celui qui interroge la communauté. Cela dit, notre analyse des interventions ne nous permet pas de confirmer ces deux hypothèses.

- *Les types d'intervention*

Selon notre analyse des contenus échangés, le questionnement semble être le type d'amorce d'une discussion le plus commun sur la CoPv et les témoignages sont nombreux. En effet, plus d'un contributeur sur deux témoigne de sa pratique professionnelle lorsqu'il introduit un sujet ou lorsqu'il donne un élément de réponse. Ce constat indique peut-être une certaine aisance, voire un besoin de discuter (virtuellement ou non) de son vécu professionnel. C'est une caractéristique que l'on retrouve dans les CoP qui permettent à leurs membres (unifiés par un intérêt commun) de discuter publiquement de leurs pratiques (Lave et Wenger, 1991<sup>101</sup>).

- *Les types de savoir*

D'après nos données ethnographiques et l'analyse des contenus échangés, le savoir tacite, celui qui est lié à l'expérience, est largement mobilisé par les contributeurs (ratio savoir tacite/explicite de 60 %/40 %), ce qui est cohérent avec de nombreux travaux de recherche qui montrent que l'avoir intellectuel d'une entreprise est composé de savoirs tacites et explicites dans une proportion de 70 %/30 %<sup>102</sup>. De même, les sujets qui n'ont pas suscité d'interaction sont autant du domaine tacite qu'explicite, ce qui montre qu'un

---

<sup>101</sup> Cité dans Université Paris Descartes.

<sup>102</sup> Jacob R, 2004.



sujet relatif à un savoir tacite n'a pas moins de chance de trouver réponse qu'une question portant sur un savoir explicite. Enfin, parmi les savoirs échangés, un tiers sont de nature scientifique et s'appuient sur des références.

De ces constats, il est permis de croire que le *Campus OPIQ* peut être utilisé tel un répertoire de savoirs mixtes et partagés par des membres actifs, que l'acquisition de connaissances tacites peut se faire au travers d'un réseau de relations sociales et que malgré une pratique professionnelle diversifiée, sectorielle et multicientèle, les inhalothérapeutes forment bien une communauté de pratique virtuelle, au sens de Lave et Wenger (1991)<sup>103</sup>.

### 5.2.2 La construction de savoirs

De toute évidence le forum de discussion et les boîtes à questions sont des lieux propices au partage et à la comparaison de savoirs et de savoirs faire, ce qui correspond à la toute première étape du modèle décrivant la construction des connaissances dans les espaces d'échange en ligne que propose Gunawardena<sup>104</sup>.

Notre analyse des contenus échangés a permis de relever à une occasion, une discussion se situant à la deuxième étape de ce même processus, soit celui de la mise en évidence de discordances et d'incohérences dans les discours. Toutefois, aucune des trois dernières étapes (négociation de sens, coconstruction, énoncé d'accords et application du nouveau sens construit) n'a été relevée dans les échanges analysés. Ceci pourrait expliquer l'absence de consensus ... du moins dans cet espace virtuel et au vu de tous.

Différentes raisons peuvent expliquer ce constat:

- Les réponses fournies sont souvent le fait d'inhalothérapeutes assumant une fonction hiérarchique (responsable, assistant, coordonnateur, enseignant ou autre) et leurs savoirs peuvent être, de ce fait, plus difficiles à remettre en question par les autres membres.

<sup>103</sup> Cité dans Université Paris Descartes.

<sup>104</sup> Gunawardena, C. N, Lowe, C. A et Anderson, T, 1997.

- Des coconstructions sont peut être réalisées "hors ligne" et à l'ombre du *Campus OPIQ*, lequel est hébergé par l'organisme de Réglementation des inhalothérapeutes au Québec<sup>105</sup>.
- Les savoirs tacites et explicites liés au domaine de la santé sont peut-être moins propices à la coconstruction. Ce raisonnement se fonde premièrement sur le fait que la pratique clinique liée au domaine de la santé s'exerce généralement (mais non exclusivement) selon une procédure établie ou un algorithme décisionnel (issues de données probantes) et deuxièmement sur l'expérience (fondatrice d'une CoP) de l'entreprise Xerox, laquelle a permis à Orr<sup>106</sup> de découvrir que les techniciens "réparateurs" échangeaient de façon informelle leurs "trucs" sur la façon de réparer les machines plutôt que de consulter des documents mis à leur disposition par l'entreprise.

Cela dit, cette absence de construction de nouveaux savoirs explique sans doute l'absence de débats, de formulation de consensus et de processus de clôture formelle des échanges. Toutefois, ceci n'est pas mauvais en soi, puisque l'objectif de partage de savoirs et de savoirs faire exprimé par les membres de la CoPv et l'instigateur du *Campus OPIQ* est tout de même atteint.

### 5.2.3 La validité des contenus échangés en ligne

Lorsque questionné quant à savoir si une information transmise en ligne engagera une rétroaction ou à l'opposé un immobilisme, la contributrice rencontrée nous précise l'importance de valider la justesse de l'information reçue en ligne, et ce, avant qu'elle ne soit intégrée dans la pratique professionnelle.

À noter qu'un savoir est généralement jugé comme étant valide s'il remplit au moins une des trois conditions suivantes :

<sup>105</sup> L'Ordre des inhalothérapeutes du Québec a pour principale fonction d'assurer la protection du public en assurant la compétence de ses membres ainsi que le respect d'un ensemble de règles, de normes de pratique et du *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec*. OPIQ. [en ligne] <http://www.opiq.qc.ca/protection-public/index.htm> (page consultée le 8 décembre 2012).

<sup>106</sup> Orr E. Julian. 1996.

1. Il provient d'une source que l'on sait fiable et en laquelle on a confiance (ex. : expert, association savante, autorité).
2. Il a été vérifié rétroactivement par une source que l'on sait fiable et en laquelle on a confiance (ex. : expert, association savante, autorité).
3. Il est issu de données probantes publiées et il est accompagné d'au moins une référence scientifique (ex. : recherche médicale publiée).

Par ailleurs, la validation des propos *a posteriori* pourrait témoigner d'une appropriation des propos échangés, laquelle varie selon l'usage, l'usager et le contexte d'usage (Millerand)<sup>107</sup>.

### 5.3 Impacts perçus sur la pratique professionnelle de la participation à la communauté de pratique virtuelle

#### 5.3.1 Les connaissances et l'expertise

- *Le sentiment d'apprendre ou d'avoir reçu une nouvelle information*

Le taux d'interventions global de 68 % (post amorce d'une discussion) relevé par notre analyse, jumelé au fait que les utilisateurs sont nombreux à lire les échanges entre inhalothérapeutes sur le *Campus OPIQ* (selon les réponses obtenues au questionnaire en ligne), démontre un intérêt pour certains membres à l'égard de ces outils de communication et de collaboration. Ceci nous permet donc de croire que le forum de discussion et les BAQ du *Campus OPIQ* présentent le potentiel nécessaire pour permettre aux membres de la CoPv de faire l'acquisition d'un nouveau savoir ou de valider un savoir déjà acquis... lorsque le sujet les interpelle évidemment.

- *Le sentiment d'appartenance à son milieu de pratique ou à la profession*

D'une part, notre analyse des contenus échangés nous montre que l'adjectif possessif a été largement utilisé pour décrire un lieu d'exercice, ce qui pourrait

---

<sup>107</sup> Millerand, F, 1999.

témoigner d'un certain sentiment d'appartenance de la part de l'inhalothérapeute qui discute virtuellement de sujets en lien avec sa profession. Cependant, nous ne pouvons pas affirmer que ce sentiment d'appartenance soit lié, directement ou indirectement, à sa participation à la CoPv.

D'autre part, il est possible, selon la contributrice interviewée, que la participation à la CoPv puisse accroître le sentiment d'appartenance à la profession en raison du rapprochement qu'induit ce type de communauté. Ce serait d'ailleurs cohérent avec les écrits de Creplet<sup>108</sup> qui indiquent qu'au-delà des connaissances produites, la participation des membres à une CoPv peut renforcer une identité professionnelle et créer un sentiment d'appartenance à la communauté.

- *Perception de l'impact de la participation sur la qualité de la pratique professionnelle*

L'impact réel de l'utilisation du forum de discussion et des BAQ sur la qualité de la pratique professionnelle des inhalothérapeutes est difficilement quantifiable et qualifiable pour l'organisation. En effet, si la représentante de l'OPIQ rencontré croit que ces outils de communication et de collaboration peuvent contribuer à l'amélioration de la pratique professionnelle des inhalothérapeutes, elle ne peut en mesurer l'impact réel, ni la portée sur la mission première de protection du public de l'organisation.

Cela dit, près d'un utilisateur sur deux nous a répondu, via le questionnaire en ligne, percevoir des bénéfices positifs à sa participation à la CoPv, telle qu'une économie de temps, une actualisation et une uniformité de la pratique, éléments qui sont directement ou indirectement liés au partage, à la rétroaction et à l'entraide existant entre pairs sur la plateforme. Par ailleurs, la contributrice active rencontrée estime que le rehaussement des compétences et l'amélioration de la qualité de l'exercice sont possibles, quoique tributaires des réponses obtenues lorsque l'on pose une question et à la possibilité de

---

<sup>108</sup> Creplet, F, 2007.

valider les réponses obtenues *a posteriori*. À l'opposé toutefois, l'absence de réponse et l'inactivité de la communauté, que déplorent certains utilisateurs, les amènent à considérer que leur participation à la CoPv n'a peu, voire aucun impact sur leur pratique professionnelle.

Ces données sont conséquentes avec l'idée qu'une CoPv ne constitue pas une simple base de données ou un répertoire des meilleures pratiques professionnelles, mais bien un groupe d'individus, réunis par une pratique commune, qui peuvent échanger, apprendre et progresser collectivement. Le niveau d'apprentissage et de progression dépend donc de l'investissement du groupe dans la CoPv.

#### 5.4 Limite de la recherche

Notre recherche comporte certaines limites que nous présentons ci-après.

##### 5.4.1 Le nombre de répondants à notre questionnaire en ligne

Si le nombre de répondants reste limité, ce qui ne permet pas de généralisation des résultats, les participants à l'enquête semblent être tout de même représentatifs de la population que forment les membres de l'OPIQ.

##### 5.4.2 Le nombre de contributeurs et d'observateurs rencontrés en entrevues

Nous souhaitons réaliser plus de deux entrevues avec les utilisateurs afin de mieux cerner leurs perceptions de ces outils de communication et de collaboration, les usages qu'ils en font et l'impact sur la pratique et l'identité professionnelles. Toutefois, nous avons été limitée par le temps. Les données collectées dans les entrevues ne sont donc utilisées que comme données d'appoint. Elles mettent toutefois en évidence des variations selon que la participation à la CoPv est contributive ou pas et active ou non.



#### 5.4.3 Les contextes d'usages (établissement de santé, fournisseur d'équipement médical, maison d'enseignement ou autre)

Notre recherche ne s'est pas intéressée au contexte dans lequel les inhalothérapeutes consultent le forum de discussion et les boîtes à questions du *Campus OPIQ*. Or, celui-ci peut être accessible depuis le domicile personnel ou dans le contexte professionnel des inhalothérapeutes. Au niveau professionnel, l'implication de l'employeur apparaît essentielle, l'accès à Internet et aux sites de discussion en ligne pouvant être limité, voire interdit par l'employeur.

Ceci exprimé, il convient de rappeler que la triangulation de notre méthode de recherche mixte (ethnographie virtuelle, analyse des contenus échangés, questionnaire en ligne et entrevues individuelles semi-dirigées) jumelée à notre grande connaissance du terrain ainsi qu'à notre posture particulière de praticienne-chercheure, nous permet toutefois de pallier ces limites, voire d'ajouter à la validité des données collectées dans le cadre de notre recherche.

## CONCLUSION

Cette recherche visait à comprendre comment s'effectue le partage de savoirs via un forum de discussion et des boîtes à questions et à voir dans quelle mesure ce partage de savoirs, peut contribuer à l'amélioration de la qualité de l'exercice professionnel des inhalothérapeutes, membres de cette communauté de pratique virtuelle.

Sur la base de nos résultats et de notre analyse, il semble que les membres de l'OPIQ se soient appropriés ces deux outils de communication et de collaboration et qu'ils se soient relativement bien adaptés à ce nouvel environnement virtuel. Par ailleurs, on note que nombre des questions des membres font l'objet de réponse et les informations qui y circulent sont jugées pertinentes par les membres. Ces outils qui ont été mis en place par l'OPIQ (à l'intention exclusive de ses membres) semblent donc avoir la capacité de transmettre des savoirs professionnels de nature tacite, explicite ainsi que scientifique et référencée et de favoriser les échanges, comme en témoignent les sujets liés à la pratique qui sont abordés et les nombreux témoignages ajoutés librement aux messages. Toutefois, l'absence de validation des savoirs échangés en ligne par un expert, une autorité ou une référence scientifique semble représenter un frein à l'appropriation de ces savoirs par l'ensemble de la communauté.

Théoriquement, les communautés de pratique virtuelles ne sont pas des entités statiques, elles sont plutôt dynamiques et elles progressent selon la participation de ses membres<sup>109</sup>. Ainsi, la participation des membres d'une CoPv devient en quelque sorte l'indice d'efficacité de la communauté<sup>110</sup>.

Dans notre communauté de pratique virtuelle, le faible taux de participation des membres, observé au moment de la réalisation de notre terrain et souligné par certains membres ainsi que l'organisation, limite le potentiel de cette plateforme d'échanges. Concrètement, cette limite se traduit par des questions qui restent parfois sans réponse. Par ailleurs, les membres semblent souhaiter que chaque questionnement reçoive

---

<sup>109</sup> Langerak F., Verhoef P., Verlegh P. et De Valck K., (2003).

<sup>110</sup> Nantel Jacques et Sekhvat Yasha. 2005.

minimalement une réponse validée... même si celle-ci n'est que partielle. Cette question de la validation des contenus échangés revêt une importance vitale en contexte de soins de santé, car le devenir des malades est grandement tributaire de la qualité des soins prodigués. D'ailleurs, l'OPIQ est ouvert à revoir sa position non participante et il a amorcé déjà une première réflexion quant au rôle et aux bénéfices que pourrait procurer la présence d'un modérateur/animateur au sein de la communauté de pratique virtuelle de son *Campus OPIQ*.

Par ailleurs, même si nous n'avons pas été en mesure de qualifier avec précision l'impact lié à l'utilisation de ces outils de communication et de collaboration sur la pratique professionnelle des inhalothérapeutes, nous croyons, comme le souligne un des utilisateurs rencontrés et la représentante de l'organisation, qu'une actualisation et une uniformité de la pratique sont possibles en raison notamment du partage de savoirs et de l'exercice de comparaison des pratiques que permettent ces échanges.

Cela dit, considérant tout le potentiel qu'offrent ces outils de communication et de collaboration et les bénéfices que pourraient retirer l'organisation, la communauté et ultimement, les patients recevant des soins et services cardiorespiratoires, nous sommes d'avis que la participation active des membres de la communauté virtuelle devrait être rehaussée afin d'accroître l'indice d'efficacité de la CoPv et optimiser la transmission et la construction de savoirs liés à la pratique professionnelle de l'inhalothérapie.

Parce qu'instaurer une culture sociale de type « *seul on va plus vite, ensemble on va plus loin* » peut représenter un défi tant pour l'organisation que ses membres, nous proposons ici des recommandations (pistes d'amélioration), qui tiennent compte des deux principaux obstacles au partage et à l'appropriation de savoirs professionnels et à l'amélioration de la pratique professionnelle:

#### 1. Amélioration du taux de participation active

Avoir confiance que chaque questionnaire reçoive minimalement un élément de réponse contribuerait très certainement à motiver toute la CoPv, car l'absence de rétroaction (réponse) représente un élément de renforcement du non usage chez ceux qui n'utilisent pas les outils disponibles et de désintéressement pour ceux qui les

utilisent. De plus, cela peut donner l'image d'un outil non performant ou d'une communauté anémique.

- *Recommandation (piste d'amélioration)*

L'organisation pourrait solliciter la participation de quelques membres afin de constituer une banque de contributeurs (bénévoles ou rémunérés). Reconnues notamment pour leurs habiletés à communiquer, leur rigueur scientifique et leur expertise dans un ou des domaines donnés, ces membres verraient à ce que chaque questionnement trouve minimalement un élément de réponse.

## 2. Validation des savoirs échangés

Pour s'approprier, et ultimement faire usage des savoirs échangés "en ligne", les membres, tout comme l'OPIQ, devraient s'assurer que les savoirs sont valides avant de les intégrer dans leur pratique professionnelle.

- *Recommandation (piste d'amélioration)*

Une validation "en ligne" des contenus échangés serait profitable à tous les membres, car elle permettrait une économie de temps (nul besoin de chercher une validation *a posteriori* dans son milieu de travail par exemple) et assurerait une certaine uniformité de l'information transmise à tous. Pour ce faire, la présence d'un animateur (externe ou interne à l'organisation, mais nommé par celle-ci), présentant de nouvelles perspectives thérapeutiques ou fournissant des références scientifiques selon les besoins, constituerait un atout certain pour les membres de la CoPv et l'organisation. Toutefois, une attention devrait être portée afin que ce rôle soit clairement défini comme étant celui d'un informateur et d'un facilitateur, avec ou sans un rôle d'expert ou d'autorité associé.

Enfin, s'il semble y avoir eu peu de comparables pour guider l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec et ses membres dans cette expérience à la fois humaniste et sociale constructiviste, ceux-ci peuvent s'estimer satisfaits du travail de communication et de collaboration accompli dans le cadre de la mise en place et du développement du *campus OPIQ* et de la CoPv. L'objectif premier de ce projet, qui était la diffusion de savoirs professionnels est en effet atteint, et ce, bien que la participation soit encore limitée et que l'on n'observe pas de construction notable de nouveaux savoirs.



## APPENDICE A

### La profession d'inhalothérapeute, l'OPIQ et le *Campus OPIQ*

#### 1. La profession d'inhalothérapeute<sup>111</sup>

L'inhalothérapie est une profession à activités et à titre réservés. Celui qui en porte le titre est un professionnel de la santé qui exerce cliniquement ses activités professionnelles auprès d'une clientèle gériatrique, adulte, pédiatrique et néonatale.

L'inhalothérapeute est un professionnel de la santé reconnue par le *Code des professions du Québec* et il joue un rôle important dans les soins aux personnes atteintes de maladies respiratoires, notamment par le développement de nouvelles approches comme le suivi systématique des clientèles et l'application de protocoles cliniques. Il est partie intégrante des équipes multidisciplinaires d'intervention. Sa contribution aide à réduire la fréquence et la durée des hospitalisations et facilite le maintien des patients à domicile.

L'inhalothérapeute est un clinicien présent :

- en soins cardiorespiratoires généraux (évaluation cardiorespiratoire, promotion de la santé et prévention de la transmission des infections...)
- en soins critiques et urgence (prise en charge des voies aériennes, expertise pointue en assistance ventilatoire...;
- en anesthésie-réanimation (surveillance clinique du patient sous anesthésie ou sédation-analgésie, réanimation cardiorespiratoire avancée) ;
- en épreuves diagnostiques (fonction respiratoire et cardiaque, études du sommeil...)
- en soins respiratoires à domicile (évaluation des personnes souffrant de problèmes respiratoires, mise en place d'interventions thérapeutiques, éducatives et préventives à domicile)



<sup>111</sup> Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. Mai 2012 (consultation autorisée).

- dans l'enseignement, l'éducation et la rééducation respiratoire (intervention éducative, autonomisation des patients...).

## 2. L'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec<sup>112</sup>



### *Sa mission*

La mission principale de l'Ordre est d'assurer la protection du public. Il surveille l'exercice de la profession d'inhalothérapeute selon des normes élevées en favorisant l'actualisation et le développement des compétences dans le but de garantir des soins et des services de qualité. L'OPIQ exerce, en partenariat, un rôle prépondérant en matière de prévention, de promotion et de soins en santé cardiorespiratoire.

### *Sa vision*

*Leader* en santé cardiorespiratoire, l'OPIQ s'engage à promouvoir une pratique de qualité notamment : en rendant accessible la formation continue, en développant des alliances stratégiques et en assurant une vigie de l'environnement interne et externe.

L'OPIQ, conscient de l'évolution de la pratique professionnelle, poursuivra ses actions afin que le rôle accru de clinicien de ses membres s'actualise et se développe. À cette fin, la formation de base devra être rehaussée à un niveau universitaire afin qu'elle prenne acte de cette réalité.

### *Ses valeurs*

L'OPIQ veut être reconnu pour :

- son engagement... Parce que l'organisation est solidaire et responsable, parce qu'elle participe activement à la réalisation de sa mission.
- son *leadership*... Parce que la santé cardiorespiratoire nous tient à cœur et que nous croyons que tous ensemble nous pouvons atteindre l'excellence.
- son intégrité... Parce que le public et les inhalothérapeutes n'attendent pas moins que l'Ordre soit honnête, sincère, équitable et transparent.

<sup>112</sup> Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. Mai 2012 (consultation autorisée).

- son respect... Parce que la valeur ajoutée d'une écoute active et d'une ouverture d'esprit est le gage de la considération que nous portons à ceux qui nous entourent.
- son professionnalisme... Parce que la synergie d'une équipe et la collaboration amènent l'efficience.

### 3. Le *campusopi*

D'accès libre à tous les membres inscrits au Tableau des membres de l'OPIQ, le *Campus OPIQ* a été conçu pour faciliter la transmission de savoirs professionnels, la formation continue et l'actualisation des connaissances<sup>113</sup>.



S'il est dédié a priori à offrir des activités de formation qualifiantes à l'ensemble de ses membres, le *Campus OPIQ* possède également des outils de partage (bibliothèque et calendrier virtuel) et de collaboration (forum de discussion et boîtes à questions [BAQ]) à l'intention des inhalothérapeutes.

En mai 2009, l'OPIQ s'est vu décerner un OCTAS dans la catégorie « *Apprentissage en ligne et gestion des connaissances* » pour son projet « *Campus OPIQ Formation/Communication/Collaboration* » dans un concours québécois qui visait à reconnaître les efforts et la créativité des entreprises en matière de technologie de l'information.

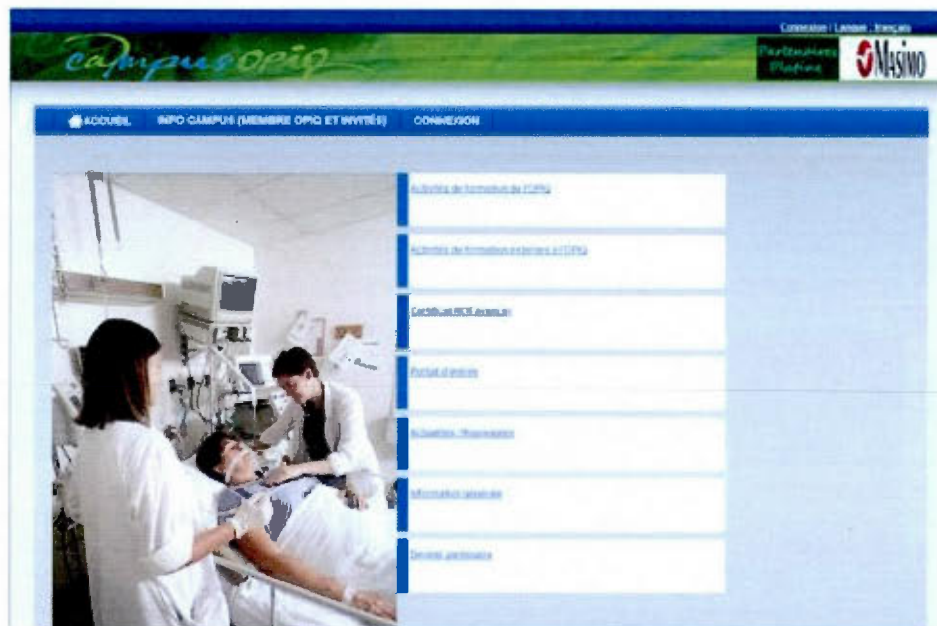


<sup>113</sup> Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. 2009 (consultation autorisée).

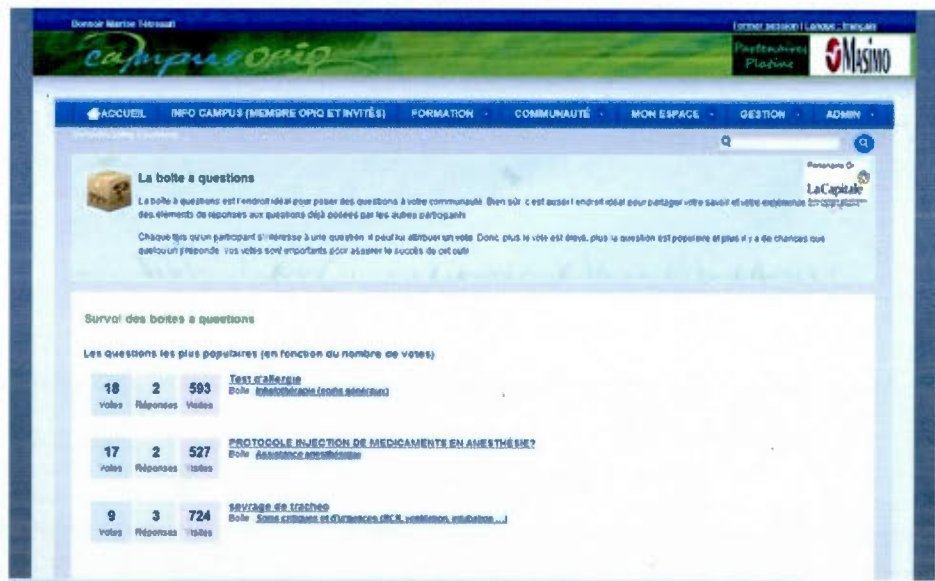


Captures d'écrans<sup>114</sup> :

Page d'accueil (page publique) :



Page d'entrée aux boîtes à questions (page privée) :



<sup>114</sup> Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. *Campus OPIQ*. 2012 (reproduction autorisée).

## APPENDICE B

### Présentation du projet de recherche

#### PRÉSENTATION DU PROJET DE RECHERCHE



#### SUJET

---

Dynamique d'appropriation et de construction de savoirs professionnels au sein d'une communauté de pratique virtuelle d'inhalothérapeutes.

Responsable du projet : Mme Marise Tétreault  
Département de communication sociale et publique  
Université du Québec à Montréal

#### BUT GÉNÉRAL DU PROJET

---

S'intéressant particulièrement à la dynamique d'appropriation et de construction de savoirs professionnels, vous êtes invité à prendre part à un projet de recherche. L'objectif général de ce projet est de saisir l'expérience qu'ont les membres d'une communauté de pratique virtuelle avec un nouvel outil de communications (forum de discussion et boîtes à questions).

Ce projet de recherche s'inscrit dans le cadre du projet de mémoire de maîtrise en communication, sous la direction de madame Christine Thoër, et répond aux exigences du Département de communication sociale et publique de l'Université du Québec à Montréal.

#### PROCÉDURE

---

Cette recherche consistera à suivre, dans le temps, l'évolution de la communauté de pratique virtuelle qui utilise le forum de discussion et les boîtes à questions (BAQ) du *Campus OPIQ*. Afin de préserver l'impartialité des résultats obtenus, j'ai, en qualité de chercheure, le devoir de ne pas contribuer directement aux discussions qui auront lieu au sein de la communauté à moins que mon rôle de gestionnaire du *Campus OPIQ* ne l'exige. Devant une telle possibilité, l'intervention effectuée sera clairement documentée aux fins de la recherche.



La participation des inhalothérapeutes à la recherche consistera à :

- répondre, de façon volontaire, à un questionnaire (en ligne) anonyme, au moment jugé opportun pour la recherche.
- participer, de façon volontaire, à une entrevue individuelle (en personne) au moment jugé opportun pour la recherche.

Profitant de cette communication, je vous avise :

- qu'aucun appui financier n'est reçu dans le cadre de ce projet de recherche
- qu'aucun lien professionnel n'existe entre cette recherche et le poste que j'occupe présentement à l'OPIQ, soit celui de coordonnatrice au développement professionnel.

Au terme de ma recherche, un document synthèse de mes observations et analyses sera disponible pour consultation à l'OPIQ ainsi qu'à tous les membres de la communauté.

#### AVANTAGES et RISQUES

---

Avantages : la participation de l'OPIQ et de chaque inhalothérapeute contribuera à l'avancement des connaissances sur le sujet, et ce, au travers d'une recherche ayant spécifiquement ciblé la profession d'inhalothérapeute.

Risques : il n'y a pas de risque associé à la participation de l'OPIQ et des inhalothérapeutes.

- il n'existe aucun lien direct entre cette recherche et l'OPIQ (propriétaire du *Campus OPIQ* et hébergeur de la communauté de pratique).
- il n'existe aucun lien entre cette recherche et l'évaluation professionnelle des inhalothérapeutes puisqu'il s'agira d'un résultat de recherche collectif.

#### CONFIDENTIALITÉ

---

Il est entendu que les renseignements recueillis tout au cours de la recherche sont confidentiels. Tout le matériel de recherche et les documents seront réservés à moi-même et Mesdames Christine Thoër, directrice de recherche et Mme Florence Millerand,

codirectrice de recherche. Par ailleurs, toutes les données recueillies dans le cadre de cette recherche seront détruites suivant le dépôt et l'acceptation du mémoire de recherche.

#### PARTICIPATION VOLONTAIRE

---

La participation de chaque inhalothérapeute à ce projet est volontaire. Cela signifie qu'il accepte de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure et, par ailleurs, qu'il est libre de mettre fin à sa participation en tout temps au cours de cette recherche. Dans ce cas, et à sa demande, les renseignements le concernant seront détruits.

Son accord à participer implique également qu'il accepte que l'équipe de recherche puisse utiliser, aux fins de la présente recherche (articles, conférences et communications scientifiques) et à des fins pédagogiques, les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de l'identifier ne soit divulguée publiquement à moins d'un consentement explicite de sa part.

#### COMPENSATION FINANCIÈRE

---

Il est entendu qu'aucune compensation financière n'est offerte à quiconque.

#### DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS?

---

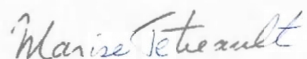
Tous les inhalothérapeutes participants peuvent me contacter par téléphone (450.347.3619) ou courriel ([tetreault.marise@courrier.uqam.ca](mailto:tetreault.marise@courrier.uqam.ca)) pour toute autre question à l'égard du projet ou à propos des droits des inhalothérapeutes en tant que sujet de recherche.

Prendre note que le *Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQAM a approuvé le projet de recherche auquel les inhalothérapeutes participeront. Pour des informations concernant les responsabilités de la chercheuse au plan de l'éthique de la recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, ils peuvent contacter la directrice de recherche, madame Christine Thoër, au numéro (514) 987-3000 poste 3295. Dans le cas d'une plainte non résolue avec la directrice de recherche, ils peuvent contacter le Président du Comité institutionnel d'éthique de la recherche, M. Joseph Josy Lévy, au numéro (514) 987-3000 # 4483. Il peut être également joint au secrétariat du Comité au numéro (514) 987-3000 # 7753.

## REMERCIEMENT

---

La collaboration de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec et de ses membres est essentielle à la réalisation de ce projet de recherche et toute l'équipe de recherche tient à les remercier sincèrement.



Marise Tetreault

Étudiante à la maîtrise en communication

Profil recherche (3479)

UQAM

450.347.3619

[tetreault.marise@courrier.uqam.ca](mailto:tetreault.marise@courrier.uqam.ca)

## APPENDICE C

Invitation à répondre à un questionnaire en ligne (Ordonnée)

### RECHERCHE EN COMMUNICATION : INVITATION AUX INHALOTHERAPEUTES



Très prochainement, les inhalothérapeutes – membres du *Campus OPIQ* recevront une invitation à répondre à un sondage en ligne.

#### Objet du sondage?

L'expérience dans utilisation (ou la non-utilisation) du forum de discussion et des Boîtes à questions (BAQ) du *Campus OPIQ*.

À noter que :

- toutes les réponses obtenues sont anonymes ;
- tous les résultats seront diffusés, dans leur forme agrégée ;
- ce projet de recherche a reçu l'approbation de l'OPIQ et du comité éthique de l'UQÀM.



**Vous n'êtes pas membre du *Campus OPIQ*, mais vous souhaiteriez répondre au sondage?**

Rien de plus simple!

Rendez-vous au <http://campus.opiq.qc.ca> et inscrivez-vous comme membre (c'est gratuit).

Vous recevrez par la suite une invitation à répondre au sondage via votre adresse courriel.

**En savoir plus ?**

- consultez le document de présentation de la recherche (disponible en ligne)  
*Campus OPIQ* → forum de discussion (discussion d'ordre général) → *message du 16 juillet 2010*.  
**OU**
- communiquez directement avec moi pour toute question à l'égard de la recherche ou de vos droits en tant que participant.

Vous remerciant à l'avance de temps que vous consacrerez à remplir le questionnaire en ligne, veuillez recevoir mesdames, messieurs, mes salutations distinguées.

*Marise Tetreault*

Étudiante à la maîtrise en communication (Profil recherche)

UQAM 450.347.3619/[tetreault.marise@courrier.uquam.ca](mailto:tetreault.marise@courrier.uquam.ca)

Recherche sous la codirection de Mesdames Christine Thoër et Florence Millerand, professeures au Département de communication sociale et publique de l'UQÀM.



## APPENDICE D

### Invitation à répondre à un questionnaire en ligne (*Campus OPIQ*)

Le 12 septembre 2011

Mesdames, Messieurs,

En juillet 2010, les membres du *Campus OPIQ* étaient invités à prendre part collectivement à un projet de recherche portant sur la communication.

Donnant suite à cette première invitation, je sollicite aujourd'hui votre participation à répondre à un sondage en ligne qui porte sur votre expérience dans l'utilisation (ou la non-utilisation) du forum de discussion et des Boîtes à questions (BAQ) du *Campus OPIQ*.

**À titre informatif, prendre note que la durée estimée pour répondre à ce sondage est de 15 minutes ou moins, toutes les réponses obtenues sont anonymes, tous les résultats seront diffusés dans leur forme agrégée et que ce projet de recherche a reçu l'approbation de l'OPIQ et du comité d'éthique de l'UQAM.**

**À votre convenance, vous pouvez consulter à nouveau le document de présentation détaillant le projet de recherche, lequel a été déposé le 16 juillet 2010 à même le forum de discussion d'ordre général du *Campus OPIQ*.** De même, je vous invite à communiquer directement avec moi pour toute question que vous auriez à l'égard de la recherche ou de vos droits en tant que participant.

Vous remerciant à l'avance de temps que vous consacrerez à remplir le questionnaire en ligne, veuillez recevoir mesdames, messieurs, mes salutations distinguées.

Marise Tétreault  
Étudiante à la maîtrise en communication  
Profil recherche  
UQAM  
450.347.3619  
[tetreault.marise@courrier.uqam.ca](mailto:tetreault.marise@courrier.uqam.ca)

Ce projet de recherche est codirigé par Mesdames Christine Thoër et Florence Millerand, professeures au département de communication sociale et publique de l'UQAM.

## APPENDICE E

Invitation à répondre à un questionnaire en ligne (Congrès 2011)

### RECHERCHE EN COMMUNICATION : INVITATION AUX INHALOTHERAPEUTES

**UQÀM**

*campusopiQ*

Récemment, les inhalothérapeutes – membres du *Campus OPIQ* ont reçu une invitation à répondre à un sondage en ligne.

#### Objet du sondage?

L'expérience dans utilisation (ou la non-utilisation) du forum de discussion et des Boîtes à questions (BAQ) du *Campus OPIQ*.

À noter que :

- toutes les réponses obtenues sont anonymes ;
- tous les résultats seront diffusés, dans leur forme agrégée ;
- ce projet de recherche a reçu l'approbation de l'OPIQ et du comité éthique de l'UQÀM.



**Vous n'êtes pas membre du *Campus OPIQ*, mais vous souhaiteriez répondre au sondage?**

Rien de plus simple!

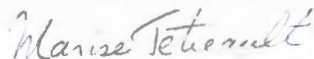
Rendez-vous au <http://campus.opiq.qc.ca> et inscrivez-vous comme membre (c'est gratuit).

Vous recevrez par la suite une invitation à répondre au sondage via votre adresse courriel.

**En savoir plus ?**

- consultez le document de présentation de la recherche (disponible en ligne)  
*Campus OPIQ* → forum de discussion (discussion d'ordre général) → *message du 16 juillet 2010*.  
**OU**
- communiquez directement avec moi pour toute question à l'égard de la recherche ou de vos droits en tant que participant.

Vous remerciant à l'avance de temps que vous consacrerez à remplir le questionnaire en ligne, veuillez recevoir mesdames, messieurs, mes salutations distinguées.



Marise Tétreault, inh.

Étudiante à la maîtrise en communication (Profil recherche)

UQAM 450.347.3619/[tetreault.marise@courrier.uqam.ca](mailto:tetreault.marise@courrier.uqam.ca)

Recherche sous la codirection de Mesdames Christine Thoër et Florence Millerand, professeures au Département de communication sociale et publique de l'UQAM.

## APPENDICE F

### Certificat d'éthique de recherche sur les humains



Comité institutionnel d'éthique de la  
recherche avec des êtres humains

#### Conformité à l'éthique en matière de recherche impliquant la participation de sujets humains

Le projet de mémoire ou de thèse suivant est jugé conforme aux pratiques usuelles en éthique de la recherche et répond aux normes établies par le Cadre normatif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal (1999) et l'Énoncé de politique des trois Conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains (2010).

Nom de l'étudiant(e) : Marise Tétreault  
Programme d'études : Maîtrise en communication  
Directeur de recherche : Christine Thoer  
Professeure  
Département de communication sociale et publique  
Case postale 8888, succursale Centre-ville, Montréal  
(PQ) H3C 3P8  
Téléphone : 987-3000 # 3295  
Adresse courriel (1) : thoer.christine@uqam.ca  
Adresse courriel (2) : tetreault.marise@courrier.uqam.ca

Coordonnées :  
Titre du projet : *Dynamique d'appropriation et de construction de savoirs professionnels au sein d'une communauté de pratique virtuelle d'inhalothérapeutes.*

Le présent certificat est valide jusqu'au 7 novembre 2012\*.

Président du Comité institutionnel d'éthique  
de la recherche avec des êtres humains

Signataire autorisé: Marc Belanger, Ph.D.  
Professeur  
Département de kinanthropologie  
Faculté des sciences

Date : 11 octobre 2011

\*Date de la remise du rapport d'avancement du projet à des fins de reconduction du  
certificat : 7 octobre 2012 (<http://www.recherche.uqam.ca/ethique/humaine-suivi-continuu.htm>)



## APPENDICE G

### Lettre de présentation – Directrice Générale de l'OPIQ

Date : 7 juillet 2010



Madame Josée Prud'Homme  
Directrice générale et Secrétaire  
Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec  
1440 Ste Catherine O.  
Suite 320  
Montréal (Québec)  
H3G 1R8

Madame,

Heureuse que vous ayez accepté que votre organisme, ainsi que les inhalothérapeutes, membres du *Campus OPIQ*, participent collectivement à un projet de recherche en communication, veuillez recevoir madame les informations relatives à notre projet de recherche.

S'intéressant tout particulièrement à la dynamique d'appropriation et de construction de savoirs professionnels au sein d'une communauté de pratique virtuelle, ce projet vise à mieux comprendre l'expérience, dans le temps, des inhalothérapeutes dans l'appropriation d'un forum de discussion et des savoirs collectifs qui en émergeront le cas échéant, et ce, par l'observation, la description et l'analyse de données qui seront recueillies au fil du temps.

Je vous invite à consulter le document de présentation ci-joint, qui sera diffusé auprès de vos membres et qui vise à faire connaître les modalités de recherche qui seront appliquées. Je vous invite également à communiquer directement avec moi pour toute autre question que vous auriez à l'égard du projet ou à propos des droits des inhalothérapeutes en tant que sujet de recherche.

Espérant le tout à votre satisfaction, veuillez recevoir madame, mes salutations distinguées.

Marise Tétreault, inh.  
Étudiante à la maîtrise en communication  
Profil recherche  
UQAM  
450.347.3619  
[tetreault.marise@courrier.uqam.ca](mailto:tetreault.marise@courrier.uqam.ca)



## APPENDICE H

### Formulaire de consentement à l'entrevue individuelle



#### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'ENTREVUE INDIVIDUELLE

Sujet de la recherche : Dynamique d'appropriation et de construction de savoirs professionnels au sein d'une communauté de pratique virtuelle d'inhalothérapeutes.

Responsable du projet : Mme Marise Tétreault  
Département de communication sociale et publique  
Université du Québec à Montréal

#### BUT GÉNÉRAL DU PROJET ET DE L'ENTREVUE

---

S'intéressant particulièrement à la dynamique d'appropriation et de construction de savoirs professionnels, vous êtes invité à prendre part à une entrevue individuelle. S'inscrivant telle une étape du projet de recherche en cours, l'objectif général de cette entrevue est de saisir l'expérience que vous avez eue avec un nouvel outil de communication au sein de votre service.

#### PROCÉDURE

---

Dans le cadre de la recherche en cours, vous avez manifesté librement votre intérêt à participer à une entrevue individuelle qui sera réalisée par Marise Tétreault, étudiante à la maîtrise en communication, à l'UQÀM, sous la direction scientifique de madame Christine Thoër.

Pendant cette entrevue, il vous sera demandé de répondre aux questions relatives à votre expérience en tant que membre de la communauté de pratique en ligne du *Campus OPIQ*. Le moment et les modalités de réalisation (face à face, téléphonique, échanges de courriel ou autre) seront déterminés avec vous.

## AVANTAGES et RISQUES

---

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances sur le sujet, et ce, au travers d'une recherche ayant spécifiquement ciblé votre profession.

Mis à part votre temps, votre participation n'entraîne pas d'inconvénient et il n'y a pas de risque associé.

Par ailleurs, prenez note qu'en tout temps, vous demeurez libre de ne pas répondre à une question sans avoir à vous justifier.

## CONFIDENTIALITÉ

---

Il est entendu que les renseignements recueillis tout au cours de l'entrevue sont confidentiels. Tout le matériel de recherche et les documents seront réservés à moi-même et Mesdames Christine Thoër, directrice de recherche et Florence Millerand, codirectrice de recherche. Par ailleurs, toutes les données recueillies dans le cadre de cette recherche seront détruites suivant le dépôt et l'acceptation du mémoire de recherche.

## PARTICIPATION VOLONTAIRE

---

La participation à cette entrevue individuelle est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer sans aucune contrainte ou pression extérieure. De plus, vous être libre de mettre fin à l'entrevue en tout temps. Dans ce cas, et à votre demande, les renseignements vous concernant seront détruits.

Votre accord à participer à cette entrevue implique également que vous acceptez que l'équipe de recherche puisse utiliser, aux fins de la présente recherche (articles, conférences et communications scientifiques) et à des fins pédagogiques, les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement à moins d'un consentement explicite de votre part.

## COMPENSATION FINANCIÈRE

---

Il n'y a aura aucune compensation financière liée à votre participation.

## DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS?

---

Vous pouvez contacter Marise Tétreault, par téléphone (450.347.3619) ou courriel ([tetreault.marise@courrier.uqam.ca](mailto:tetreault.marise@courrier.uqam.ca)), pour toute question que vous auriez à l'égard du projet ou à propos de vos droits en tant que sujet de recherche.

Prendre note que le *Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQAM a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de la chercheuse au plan de l'éthique de la recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, ils peuvent contacter la directrice de recherche, madame Christine Thoër, au numéro (514) 987-3000 poste 3295. Dans le cas d'une plainte non résolue avec la directrice de recherche, ils peuvent contacter le Président du Comité institutionnel d'éthique de la recherche, M. Joseph Josy Lévy, au numéro (514) 987-3000 # 4483. Il peut être également joint au secrétariat du Comité au numéro (514) 987-3000 # 7753.

## REMERCIEMENT

---

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de ce projet de recherche et toute l'équipe de recherche tient à vous remercier sincèrement.

## SIGNATURES

---

Je, \_\_\_\_\_ reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consent volontairement à participer à une entrevue individuelle avec la responsable ou de son, sa délégué (e).

Je reconnais également que Mme Tétreault ou l'interviewer a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer.

Je comprends que ma participation à cette entrevue est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Il me suffit d'en informer, par écrit Mme Marise Tétreault, responsable du projet de recherche.

Signature du sujet :

Date :

Nom (lettres moulées) et coordonnées :

Signature du chercheur responsable ou de son, sa délégué (e) :

Date :

## APPENDICE I

### Questionnaire en ligne

#### À PROPOS DE VOTRE TRAVAIL

Q-1 Depuis combien d'années êtes-vous inhalothérapeutes ?

- Moins de 1 an
- Plus d'un an et moins de 5 ans
- Plus de 5 ans et moins de 10 ans
- Plus de 10 et moins de 15 ans
- Plus de 15 ans et moins de 20 ans
- Plus de 20 ans

Q-2 Dans quelle région administrative (OPIQ) exercez-vous?

- a. Estrie
- b. Laval/Laurentides/Lanaudière
- c. Mauricie/Centre-du-Québec
- d. Montérégie
- e. Montréal
- f. Outaouais/Abitibi-Témiscamingue
- g. Québec/Chaudière-Appalaches/Bas-St-Laurent/Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine
- h. Saguenay/Lac-Saint-Jean/Côte-Nord/Nord-du-Québec
- i. Hors Québec
- j. Je ne souhaite pas répondre à cette question

Q-3a Cochez toutes les fonctions s'appliquant à votre situation.

- a. Inhalothérapeute clinicien (ne)
- b. Coordonnateur (trice) clinique
- c. Coordonnateur (trice) technique
- d. Assistant (e) - chef
- e. Responsable de service
- f. Autre (s)
- g. Je ne souhaite pas répondre à cette question

Q-3b Si vous avez coché « Autre (s) » à la question précédente, veuillez indiquer la (les) fonction (s) occupée (es) s.v.p. Inscrivez « Je ne désire pas répondre à cette question » si vous ne souhaitez pas répondre.

Q-4a Cochez tous le (s) type (s) d'établissement(s) où vous exercez.

- a. Agence privée
- b. Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)
- c. Centre hospitalier (Hôpital)
- d. Centres locaux de services communautaires (CLSC)
- e. Clinique privée : anesthésie/sédation analgésie



- f. Compagnie pharmaceutique
- g. Compagnie d'équipement/fournitures médicales
- h. Autre (s)
- i. Je ne souhaite pas répondre à cette question

Q-4b Si vous avez coché « Autre (s) » à la question précédente, précisez votre type d'établissement. Inscrivez « Je ne désire pas répondre à cette question » si vous ne souhaitez pas répondre.

Q-5a Cochez tous le (s) secteur (s) d'activité où vous exercez.

- a. Administration/gestion
- b. Assistance anesthésique
- c. Électrophysiologie-neurologie
- d. Enseignement étudiant (chargé (e) de cours, moniteur clinique?)
- e. Enseignement patient et famille (asthme, MPOC?)
- f. Enseignement réanimation cardiorespiratoire
- g. Épreuves diagnostiques de la fonction cardiaque
- h. Épreuves diagnostiques de la fonction respiratoire
- i. Épreuves diagnostiques du sommeil
- j. Recherche
- k. Rééducation respiratoire
- l. Soins cardiorespiratoires généraux
- m. Soins critiques (unité de soins intensifs, services des urgences?)
- n. Soins et services respiratoires à domicile: épreuves diagnostiques
- o. Soins et services respiratoires à domicile: soins généraux
- p. Soins et services respiratoires à domicile: Ventilation artificielle
- q. Autre (s) (clinique de la douleur, CEA?)
- r. Je ne souhaite pas répondre à cette question

Q-5b Si vous avez coché « Autre (s) » à la question précédente, précisez votre réponse s.v.p. Inscrivez « Je ne désire pas répondre à cette question » si vous ne souhaitez pas répondre.

Q-6 Cochez tous le (s) type (s) de clientèle que vous desservez.

- a. Gériatrique
- b. Adulte
- c. Pédiatrique
- d. Néonatale
- e. Non applicable
- f. Je ne souhaite pas répondre à cette question

Q-7a Cochez tous le (s) quart (s) de travail s'appliquant à votre situation.

- a. Jour

- b. Soir
- c. Nuit
- d. Autre (s)
- e. Je ne souhaite pas répondre à cette question

Q-7b Si vous avez coché « Autre (s) » à la question précédente, précisez votre réponse s.v.p. Inscrivez « Je ne désire pas répondre à cette question » si vous ne souhaitez pas répondre.

#### À PROPOS DU FORUM DE DISCUSSION D'ORDRE GÉNÉRAL ET DES BOÎTES À QUESTIONS (BAQ) DU *CAMPUS OPIQ*

##### Forum de discussion

Q-8 Saviez-vous que le *Campus OPIQ* rend disponible un forum de discussion d'ordre général pour les inhalothérapeutes?

- a. Non (passer directement à la question 14)
- b. Oui
- c. Je ne souhaite pas répondre à cette question

Q-9 Lisez-vous les messages déposés dans le forum de discussion?

- a. Je ne sais pas comment accéder aux messages
- b. Jamais
- c. Parfois
- d. Souvent
- e. Toujours
- f. Je ne souhaite pas répondre à cette question

Q-10 Déposez-vous des messages dans le forum de discussion ?

- a. Je ne savais pas que je pouvais déposer un message
- b. Je ne sais pas comment déposer un message
- c. Jamais
- d. Parfois
- e. Souvent
- f. Toujours
- g. Je ne souhaite pas répondre à cette question

Q-11 Lisez-vous les réponses données dans le forum de discussion?

- a. Je ne sais pas comment accéder aux réponses
- b. Jamais
- c. Parfois
- d. Souvent
- e. Toujours
- f. Je ne souhaite pas répondre à cette question

Q-12 Répondez-vous aux messages dans le forum de discussion ?

- a. Je ne savais pas que je pouvais répondre à un message
- b. Je ne sais pas comment répondre à un message
- c. Jamais
- d. Parfois
- e. Souvent
- f. Toujours
- g. Je ne souhaite pas répondre à cette question

Q-13a Quelle est votre évaluation à l'égard de la facilité d'utilisation (c.-à-d. consulter, déposer un message ou répondre) du forum de discussion?

- a. Très difficile
- b. Difficile
- c. Facile
- d. Très facile
- e. Je ne sais pas comment utiliser le forum
- f. Je n'utilise pas le forum
- g. Je ne souhaite pas répondre à cette question

Q-13b Si vous avez répondu « difficile » ou « très difficile » à la question précédente, pouvez-vous décrire les difficultés que vous avez rencontrées  
s.v.p. Inscrivez « Je ne désire pas répondre à cette question » si vous ne souhaitez pas répondre.

Boîtes à questions (BAQ)

Q-14 Savez-vous que le *Campus OPIQ* rend disponibles des boîtes à questions (BAQ) pour les inhalothérapeutes?

- a. Non (passer directement à la question 23)
- b. Oui
- c. Je ne souhaite pas répondre à cette question

Q-15 Lisez-vous les questions déposées dans les boîtes à questions (BAQ) ?

- a. Je ne sais pas comment accéder aux questions
- b. Jamais
- c. Parfois
- d. Souvent
- e. Toujours
- f. Je ne souhaite pas répondre à cette question

Q-16 Posez-vous des questions dans les boîtes à questions (BAQ) ?

- a. Je ne savais pas que je pouvais poser une question
- b. Je ne sais pas comment poser une question
- c. Jamais

- d. Parfois
- e. Souvent
- f. Je ne souhaite pas répondre à cette question

Q-17 Lisez-vous les réponses données dans les boîtes à questions (BAQs) ?

- a. Je ne sais pas comment accéder aux réponses
- b. Jamais
- c. Parfois
- d. Souvent
- e. Toujours
- f. Je ne souhaite pas répondre à cette question

Q-18 Répondez-vous aux questions posées dans les boîtes à questions (BAQ) ?

- a. Je ne savais pas que je pouvais répondre à une question
- b. Je ne sais pas comment répondre à une question
- c. Jamais
- d. Parfois
- e. Souvent
- f. Toujours
- g. Je ne souhaite pas répondre à cette question

Q-19a Comment évaluez- vous l'outil de boîtes à questions (BAQ) en termes de facilité d'utilisation (c'est-à-dire facilité pour consulter les questions, poser une question ou répondre)?

- a. Très difficile
- b. Difficile
- c. Facile
- d. Très facile
- e. Je ne sais pas comment utiliser les BAQ
- f. Je n'utilise pas les BAQ
- g. Je ne souhaite pas répondre à cette question

Q-19b Si vous avez répondu « difficile » ou « très difficile » à la question précédente, pouvez-vous décrire les difficultés que vous avez rencontrées s.v.p. Inscrivez « Je ne désire pas répondre à cette question » si vous ne souhaitez pas répondre.

Vote accordé à une question

Q-20 Savez-vous que vous pouvez accorder un vote à une question?

- a. Non (passer directement à la question 23)
- b. Oui
- c. Je ne souhaite pas répondre à cette question

Q-21 Consultez-vous le nombre de votes accordés à une question?

- a. Je ne sais pas comment consulter les votes
- b. Jamais
- c. Parfois
- d. Souvent
- e. Toujours
- f. Je ne souhaite pas répondre à cette question

Q-22 Avez-vous déjà accordé votre vote à une question?

- a. Je ne savais pas que je pouvais accorder mon vote
- b. Je ne sais pas comment accorder un vote
- c. Jamais
- d. Parfois
- e. Souvent
- f. Je ne souhaite pas répondre à cette question

#### À PROPOS DE VOTRE EXPÉRIENCE D'UTILISATEUR (TRICE)

Q-23 Si vous n'êtes pas un utilisateur (trice) du forum ou des BAQ, expliquez la ou les raisons de cette non utilisation s.v.p. (puis passez directement à la question 28a). Inscrivez « Je ne désire pas répondre à cette question » si vous ne souhaitez pas répondre.

Q-24a Quelles étaient vos attentes de départ à l'égard du forum de discussion et des BAQ ? (Cochez toutes les réponses s'appliquant à votre situation)

- Je n'avais pas d'attente précise
- Obtenir une réponse à une question précise
- Valider ma pratique clinique auprès d'autres inhalothérapeutes
- Comparer ma pratique avec celle d'autres inhalothérapeutes
- Apprendre d'autres façons de travailler
- Acquérir de nouvelles connaissances
- Améliorer la qualité de ma pratique clinique
- Partager avec d'autres inhalothérapeutes (protocole, procédure?)
- Rencontrer d'autres inhalothérapeutes
- Autre (s)
- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre à cette question

Q-24b Si vous avez répondu « Autre (s) » à la question précédente, précisez votre réponse s.v.p. Inscrivez « Je ne désire pas répondre à cette question » si vous ne souhaitez pas répondre.

Q-25a Vos attentes de départ sont-elles satisfaites?

- a. Non
- b. En partie



- c. Oui
- d. Je ne souhaite pas répondre à cette question

Q-25b Si vous avez répondu « Non » ou « En partie » à la question précédente, précisez-la ou lesquelles n'ont pas été satisfaites et expliquez pourquoi s.v.p. Inscrivez « Je ne désire pas répondre à cette question » si vous ne souhaitez pas répondre.

Q-26a Quel est, selon vous, l'impact de l'utilisation du forum de discussion et des boîtes à questions (BAQ) sur votre pratique clinique? Inscrivez « Je ne désire pas répondre à cette question » si vous ne souhaitez pas répondre.

Q-26b L'utilisation du forum de discussion et des boîtes à questions (BAQ) vous aide-t-elle à améliorer votre pratique clinique?

- a. Non
- b. Oui
- c. Je ne sais pas
- d. Je ne souhaite pas répondre à cette question

Q-27a Avez-vous rencontré un ou des problèmes lors de l'utilisation du forum de discussion ou des BAQ?

- a. Non
- b. Oui
- c. Je ne souhaite pas répondre à cette question

Q-27b Si vous avez répondu « Oui » à la question précédente, pouvez-vous décrire les difficultés que vous avez rencontrées s.v.p. Inscrivez « Je ne désire pas répondre à cette question » si vous ne souhaitez pas répondre.

Q-28a Utilisez-vous un autre outil virtuel (forum de discussion, boîtes à questions, courriel?) pour discuter de votre expérience de travail et échanger avec vos pairs physiothérapeutes? NOTE : outil sans lien avec le Campus OPIQ.

- a. Non
- b. Oui
- c. Je ne souhaite pas répondre à cette question

Q-28b Si vous avez répondu « Oui », précisez-le ou lesquels s.v.p. Inscrivez « Je ne désire pas répondre à cette question » si vous ne souhaitez pas répondre.

#### À PROPOS DE VOUS

Q-29 Quel est votre âge? Inscrivez « Je ne désire pas répondre à cette question » si vous ne souhaitez pas répondre.

Q-30 Quel est votre sexe?

- a. Féminin
- b. Masculin
- c. Je ne souhaite pas répondre à cette question

Je recherche des inhalothérapeutes avec qui discuter plus en détail de l'expérience d'utilisation (ou de non-utilisation) du forum et des BAQ, accepteriez-vous d'être contacté pour participer à une entrevue individuelle avec un membre de l'équipe de recherche (tel que prévu dans le devis de projet)?

NOTE : il n'est pas nécessaire d'être un utilisateur (trice) du forum de discussion ou des BAQ pour participer à une entrevue individuelle.

- a. Oui
- b. Je souhaite obtenir plus d'information avant de répondre
- c. Non

Si vous êtes intéressé à participer à une entrevue ou souhaiteriez plus d'information, laissez-nous vos coordonnées afin que nous puissions vous contacter.

- NOM et PRÉNOM
- No de téléphone où l'on peut vous rejoindre (domicile et/ou travail) \_\_\_\_\_
- Adresse courriel valide

NOTE : Les participants seront contactés individuellement. Si une rencontre devait avoir lieu, celle-ci pourrait être planifiée selon l'agenda de chacun.

Toute l'équipe de recherche vous remercie très sincèrement du temps que vous nous avez accordé en remplissant ce questionnaire. Vos réponses vont nous être très utiles pour améliorer le volet collaboratif du *Campus OPIQ* (forums de discussion et boîtes à questions?). Prendre note qu'un résumé des résultats obtenus fera l'objet d'une éventuelle publication dans la revue de l'OPIQ « l'inhalo ».

À votre convenance, n'hésitez pas à utiliser cet espace si vous avez d'autres éléments à ajouter ou pour laisser un commentaire à propos de cette recherche en communication.

## BIBLIOGRAPHIE

- Akrich, M. et C. Meadel. 2009. « Les échanges entre patients sur l'Internet », *La Presse médicale*, 38, p. 1484-1490.
- Andreani, Jean-Claude et Conchon, Méthodes D'analyse Et D'interprétation Des Etudes Qualitatives : Etat De L'art En Marketing. Année inconnue [en ligne] [http://www.escep-net.net/conferences/marketing/2005\\_cp/Materiali/Paper/Fr/ANDREANI\\_CONCHON.pdf](http://www.escep-net.net/conferences/marketing/2005_cp/Materiali/Paper/Fr/ANDREANI_CONCHON.pdf) (pages consultées le 17 novembre 2012)
- Bastien, Soulé. 2007. « Observation participante ou participation observante ? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales. » *Recherches qualitatives* : Vol. 27, no 01, pp. 127-140. [En ligne] [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/numero27\(1\)/soule.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/numero27(1)/soule.pdf) (Page consultée le 02 décembre 2009).
- Bernard, Y. 2004. « La netnographie : une nouvelle méthode d'enquête qualitative basée sur les communautés virtuelles de consommation ». In *Décisions Marketing*. [En ligne] <http://ddata.over-blog.com/xxxyyy/3/65/61/47/cv-publi/netno2004.pdf> (Page consultée le 17 novembre 2012).
- Breton, Philippe et Serge Proulx. 2002. *L'explosion de la communication à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle*. Les éditions du Boréal. 390 p.
- Bonneville, Luc, Sylvie Grosjean et Martine Lagacé. 2007. *Introduction aux méthodes de recherche en communication*. Les Éditions de la Chenelière inc. 238p.
- Bourdat, Mathilde. 2009. Apprendre au travail avec le web 2.0. Le blog de la formation professionnelle. [En ligne] <http://www.formation-professionnelle.fr/2009/05/apprendre-au-travail-avec-le-web-20.html> (Page consultée le 22 décembre 2009).
- Bouthat, Chantal. 2003. *Guide de présentation des mémoires et thèses*. Université du Québec à Montréal. 110 p.
- Centre francophone d'informatisation des organisations (CEFRIO). 2005. *Guide de mise en place et d'animation de communautés de pratique intentionnelles. Travailler, apprendre et collaborer en réseau*. CEFRIO. 116 p.
- . 2009. « NetQuébec 2008. Portrait de l'utilisation des TI et d'Internet au Québec. » [En ligne] [https://www.cefrio.qc.ca/upload/1347\\_DEPnetquebecwebSECUR.pdf](https://www.cefrio.qc.ca/upload/1347_DEPnetquebecwebSECUR.pdf) (Page consultée le 02 septembre 2009).
- Charest, Francine et François Bédard. 2009. *Les racines communicationnelles du Web*. Presse de l'Université du Québec. 126 p.
- Clavier, V., M.C. Paganelli, M.C. Manes-Gallo, E. Mounier, H. Romeyer et A. Staiij. 2010. « Dynamiques interactionnelles et rapport à l'information dans les forums de discussion

médicale ». Cité dans F. Millerand, S. Proulx et J. Rueff, *Web social. Mutation de la communication*, Presses de l'Université du Québec, p. 297-312.

Comité de travail spécial de l'éthique de la recherche en sciences humaines, 2008, Élargir le spectre : l'EPTC et les enjeux éthiques de la recherche sur internet [en ligne] [http://www.ger.ethique.gc.ca/policy-politique/initiatives/docs/Internet\\_Research\\_-\\_February\\_2008\\_-\\_FR.pdf](http://www.ger.ethique.gc.ca/policy-politique/initiatives/docs/Internet_Research_-_February_2008_-_FR.pdf)

Creplet, Frédéric, 2007, *Communautés de savoir virtuelles : quel apport ?* Le Journal du Net. [en ligne] <http://www.journaldunet.com/ebusiness/expert/14712/communautes-de-savoir-virtuelles---quel-apport.shtml> (Page consultée le 20 février 2010).

Dahdah, Marine (FHF) et Mathieu Quet (EHES). 2008. *Sélectionner, organiser, diffuser le savoir sur la santé pour les patients. Colloque SIC / Santé. (Lille 14-15 février 2008)*

De Lavergne, Catherine. 2007. *La posture du praticien-chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. Actes du 1<sup>er</sup> colloque international francophone sur les méthodes qualitatives. (Montpellier, 27-29 juin 2006). Recherches qualitatives – Hors Série – numéro 3. p. 28-43. [En ligne] [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/hors\\_serie\\_v3/Delavergne-FINAL2.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/hors_serie_v3/Delavergne-FINAL2.pdf) (Page consultée le 02 décembre 2009).*

De Pierrepont, Catherine, 2009, Post-partum et sexualité: ethnographie de fora de discussions. Mémoire par article, UQAM

Deroubaix, Virginie. STARACADÉMIOSCOPIE. La biographie d'un concept expérientiel de divertissement. 2006. Chapitre 3 : la méthodologie. 3.1- La netnographie. Mémoire. Université de Laval. [en ligne] <http://archimede.bibl.ulaval.ca/archimede/fichiers/24056/ch04.html#d0e649> (page consultée le 17 novembre 2012)

Groupe intelligence collective. *Les passagers clandestins : difficulté ou opportunité ? 2005.* [en ligne] <http://ic.fing.org/news/les-passagers-clandestins-difficulte-ou-opportunit> (page consultée le 17 novembre 2012)

Gunawardena, Charlotte. N., Constance A. Lowe et Terry Anderson. 1997. « Analysis of a global online debate and the development of an interaction analysis model for examining social construction of knowledge in computer conferencing. » *Journal of Educational Computing Research*: Vol. 17, no 04. p 397-431

Héas, Stéphane et Véronique Poutrain. 2003. « Les méthodes d'enquête qualitative sur Internet. » *ethnographiques.org*, N 04 — novembre 2003. [En ligne] <http://www.ethnographiques.org/2003/Heas.Poutrain.html> (Page consultée le 02 décembre 2009).

Héroux, Alain. Résumé du projet d'étude : exploration de la dimension savoir-être du leadership. [en ligne] [http://www.canot-kayak.qc.ca/doc/pdf/00000947\\_Alain\\_H%C3%A9roux\\_R%C3%89SUM%C3%89\\_projet\\_recherche\\_recrutement\\_20090511.pdf](http://www.canot-kayak.qc.ca/doc/pdf/00000947_Alain_H%C3%A9roux_R%C3%89SUM%C3%89_projet_recherche_recrutement_20090511.pdf) (page consulté le 20 février 2010)



- Hill, William, C., et coll. 1992, Edit wear and read wear, *Proceedings of CHI'92, the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems* (Monterey, CA, May 3-7, 1992), pp. 3-9. Cité dans Neilson Jakob.
- Hine, Christine. 2000. *Virtual Ethnography*. SAGE Publications. 170 p.
- . 2005. *Virtual Methods. Issues in Social Research on the Internet*. BERG. 242 p.
- Jacob, Réal. 2004. « Le transfert des connaissances. Le point de vue de la gestion des connaissances. » [En ligne] [http://www.iapq.qc.ca/wp-content/uploads/2012/04/conf\\_RJacob02\\_01\\_2004.pdf](http://www.iapq.qc.ca/wp-content/uploads/2012/04/conf_RJacob02_01_2004.pdf) (Page consultée le 13 février 2010).
- Kimble, Chris, Hildreth, P et Wright, P. 2001. *Communities of Practice: Going Virtual*. Idea Group Publishing. [en ligne]. <http://arxiv.org/ftp/cs/papers/0102/0102028.pdf> (page consulté le 10 septembre 2012)
- Laflleur, Stéphanie. 2012. Usages et appropriation du blogue Hinnovic sur les innovations en santé. Mémoire de recherche. UQÀM.
- Langerak F., Verhoef P., Verlegh P. et De Valck K., (2003), "The Effect of Members Satisfaction with a Virtual Community on Member Participation"; *Erim Report Series Research in Management*. [en ligne] <http://repub.eur.nl/res/pub/269/ERS-2003-004-MKT.pdf> (pages consultées le 8 décembre 2012)
- Lejeune, Albert et P. L. Harvey. 2007. *L'analyse des systèmes d'activité, l'apprentissage extensif et le codesign en communauté : une approche alternative à la réingénierie du système de santé au Québec !* Revue Gestion 2000. N° bimestriel 5 septembre-octobre.
- Levant, Victor. 1997, Le savoir, savoir-faire et le savoir-être en psychothérapie. [en ligne] [http://www.gestalttherapy.net/writers/know\\_fre.pdf](http://www.gestalttherapy.net/writers/know_fre.pdf) (page consulté le 20 février 2010)
- Lévy, Joseph J. 2011. Les enjeux éthiques de la recherche en ligne. École d'été sur les méthodes de recherche en ligne en santé. UQÀM
- McDermott, Richard. 2001. « *Knowing in Community: 10 Critical Success Factors in Building Communities of Practice*. » Community Intelligence Labs [en ligne] <http://www.co-i-l.com/coil/knowledge-garden/cop/knowning.shtml> (page consultée le 24 août 2012)
- Millerand, Florence. 1998. « Usages de NTIC : les approches de la diffusion, de l'innovation et de l'appropriation (Partie 1) » *COMMposite* : v98.1 [En ligne] <http://commposite.org/index.php/revue/article/view/102/80> (Page consultée le 02 décembre 2009).
- . 1999. « Usages de NTIC : les approches de la diffusion, de l'innovation et de l'appropriation (Partie 2) » *COMMposite* : v99.1 [En ligne] <http://commposite.org/index.php/revue/article/view/98/75> (Page consultée le 02 décembre 2009).



- . Serge Proulx et Julien. Rueff, 2010, *Web social : Mutation de la communication*, Presse de l'Université du Québec
- . 2011. Analyse des savoirs échangés et des interactions dans les forums. École d'été sur les méthodes de recherche en ligne en santé. UQÀM
- Nantel Jacques et Sekhavat Yasha, HEC Montréal. La dynamique des communautés virtuelles et son potentiel pour le marketing : le rôle des sujets traités. Cahier de recherche N° 05-08-01. Août 2005. ISSN : 1714-6194. [en ligne] <http://www.google.ca/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.chairerbc.com%2Faxisdocument.aspx%3Fid%3D133%26langue%3Den%26download%3Dtrue&ei=cmjFUOuZHsrt0gGwo4GICA&usq=AFQjCNH-sa74t8mQMm2IpwZyMsTub9ZQfQ> (pages consultées le 8 décembre 2012)
- Nielson, Jakob. 9 octobre 2006. *Encouraging More Users to Contribute*. Jakob Nielson'Alertbox. [en ligne] [http://www.useit.com/alertbox/participation\\_inequality.html](http://www.useit.com/alertbox/participation_inequality.html) (page consultée le 24 août 2012)
- Office québécois de la langue française. [en ligne] <http://www.olf.gouv.qc.ca/ressources/bibliotheque/dictionnaires/Internet/fiches/8373327.html> (Page consultée le 20 février 2010).
- Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. Mai 2012. Profession inhalothérapeute. Brochure d'information. OPIQ (consultation autorisée).
- . 2012. Rapport annuel 2011/2012. 44 pages. [en ligne]. [http://www.opiq.qc.ca/pdf/rapportannuel/Opiq\\_Rapport\\_VF\\_2011\\_2012.pdf](http://www.opiq.qc.ca/pdf/rapportannuel/Opiq_Rapport_VF_2011_2012.pdf) (page consultée le 8 décembre 2012)
- . 2011. Rapport annuel 2010/2011. 44 pages. [en ligne]. [http://www.opiq.qc.ca/pdf/rapportannuel/OPIQ\\_rapport\\_annuel\\_final.pdf](http://www.opiq.qc.ca/pdf/rapportannuel/OPIQ_rapport_annuel_final.pdf) (page consultée le 24 août 2012)
- . 2011. Guide à l'intention du nouvel inhalothérapeute. 2<sup>e</sup> édition. 28 pages. [en ligne]. [http://www.opiq.qc.ca/pdf/normes/Guide\\_des\\_membres2011\\_VF01\\_001.pdf](http://www.opiq.qc.ca/pdf/normes/Guide_des_membres2011_VF01_001.pdf) (page consultée le 10 septembre 2012)
- . 2011. Visuel ou auditif? Inductif ou déductif? Quels sont les types d'apprenants virtuels du *Campus OPIQ*? Revue l'inhalo Vol. 27, No4, Janvier 2011. Pages 34 – 39 [en ligne]. [http://www.opiq.qc.ca/pdf/journal/Inhalo\\_janv2011.pdf](http://www.opiq.qc.ca/pdf/journal/Inhalo_janv2011.pdf) (page consultée le 24 août 2012)
- . 2010. Une étude populationnelle pour souligner le 2<sup>e</sup> anniversaire du *Campus OPIQ*. Revue l'inhalo. Vol 27, No 1, Avril 2010. Pages 40 – 42. [en ligne] [http://www.opiq.qc.ca/pdf/journal/inhalo\\_avril2010.pdf](http://www.opiq.qc.ca/pdf/journal/inhalo_avril2010.pdf) (page consultée le 10 septembre 2012).
- . 2009. Le *Campus OPIQ*, plus que jamais au cœur de l'action. Rapport de la coordonnatrice au développement professionnel (consultation autorisée).

———. 2008. *Le Campus OPIQ*. Revue l'inhalo. Vol 24, No 4, Janvier 2008. Pages 22 - 23. OPIQ. [en ligne] [http://www.opiq.qc.ca/pdf/journal/inhalo\\_janvier2008.pdf](http://www.opiq.qc.ca/pdf/journal/inhalo_janvier2008.pdf) (page consultée le 10 septembre 2012).

Orr, Julian E. *Talking About Machines: An Ethnography of a Modern Job*. Cornell University Press, 1996 – 172. Page xiii pages [en ligne] [http://books.google.ca/books?id=8ZBFI\\_i1nqUC&pg=PR13&dq=Orr+Julan,+X%C3%A9rox&hl=fr&sa=X&ei=YTnFUNTREczK0AHtkYHIAg&ved=0CDYQ6AEwAQ#v=onepage&q=Orr%20Julan%2C%20X%C3%A9rox&f=false](http://books.google.ca/books?id=8ZBFI_i1nqUC&pg=PR13&dq=Orr+Julan,+X%C3%A9rox&hl=fr&sa=X&ei=YTnFUNTREczK0AHtkYHIAg&ved=0CDYQ6AEwAQ#v=onepage&q=Orr%20Julan%2C%20X%C3%A9rox&f=false) e (page consultée le 8 décembre 2012)

Pastinelli, Madeleine. 2011. L'observation participante dans les démarches d'ethnographie en ligne. École d'été sur les méthodes de recherche en ligne en santé. UQÀM

Proulx, Serge. 2005. *Penser les usages des technologies de l'information et de la communication aujourd'hui : enjeux – modèles – tendances* [en ligne]. <http://www.marsouin.org/IMG/pdf/Usages-Proulx2-2005.pdf> (Page consultée le 02 décembre 2009).

Suivi de Formation à Distance pour les Enseignants de Mathématiques (SFoDEM) « Communauté de pratique. Conception collaborative de ressources pédagogiques. [En ligne] [http://www.pixlines.com/~mireilleb/sfodem/BibliothequeSfodem/sfodem\\_HTML/Chap2/fth4r1.html](http://www.pixlines.com/~mireilleb/sfodem/BibliothequeSfodem/sfodem_HTML/Chap2/fth4r1.html) (Page consultée le 02 décembre 2009).

Teasdale, Chantal, 2001. Êtes-vous compétent ? [en ligne] [http://www.orhri.org/votre\\_emploi/fiche\\_lapresse.aspx?p=241014](http://www.orhri.org/votre_emploi/fiche_lapresse.aspx?p=241014) (page consulté le 20 février 2010)

Tesch, Renata. (1990). *Qualitative research: Analysis Types and Software Tools*. Qualitative Research: Analysis Types and Software Tools The Mechanics of Interpretational Qualitative Analysis. Page 113. New York: The Falmer Press. 330 pages. [en ligne] <http://books.google.ca/books?id=SEpl7643WE0C&pg=PA114&dq=data+analysis,+identification,+theme,+Qualitative+research:+Analysis+Types+and+Software+Tools,+tesch,+1990&hl=fr&sa=X&ei=9pqpUNmvLYfC0AHivYHoDw&ved=0CDEQ6AEwAA#v=onepage&q=data%20analysis%2C%20identification%2C%20theme%2C%20Qualitative%20research%3A%20Analysis%20Types%20and%20Software%20Tools%2C%20tesch%2C%201990&f=false> (Pages consultées le 17 novembre 2012)

Thoër, Christine. 2011. Enjeux et défis des entrevues en ligne. École d'été sur les méthodes de recherche en ligne en santé. UQÀM

———. 2011. Comment et pourquoi analyser les forums en ligne ? Volet 1 : l'analyse des contenus échangés. École d'été sur les méthodes de recherche en ligne en santé. UQÀM

- . 2011. Pourquoi et comment analyser les forums santé ? Volet 2 : Les interactions dans les forums. . École d'été sur les méthodes de recherche en ligne en santé. UQÀM
- Université Paris Descartes. Communauté d'apprentissage. Wiki [En ligne] [http://wiki.univ-paris5.fr/wiki/Communaut%C3%A9\\_d'apprentissage](http://wiki.univ-paris5.fr/wiki/Communaut%C3%A9_d'apprentissage) (Page consultée le 22 janvier 2009).
- Valastro, Orazio Maria. 2002. « Recherche ethnographique et communautés virtuelles : Entretien avec Alessandra Guigoni. » *Esprit Critique* : Vol.04. No.05 2002 [En ligne] <http://194.214.232.113/0405/entretien01.html> (Page consultée le 02 décembre 2009).
- Wenger, Étienne. 2005. *La théorie des communautés de pratique : Apprentissage, sens et identité*. Traduit et adapté de l'anglais par Fernand Gervais. Les presses de l'Université de Laval. 309 p.
- . 2006. Communities of practice, a brief introduction. [En ligne] <http://www.ewenger.com/theory/> (Page consultée le 02 décembre 2009).
- Wikipédia. Règle du 1 % [en ligne] [http://fr.wikipedia.org/wiki/R%C3%A8gle\\_du\\_1\\_%25](http://fr.wikipedia.org/wiki/R%C3%A8gle_du_1_%25) (page consultée le 24 août 2012)
- Volkman, Elliot. 24 août 2011. What Is An Online Community? Social Media Today [en ligne] <http://socialmediatoday.com/elliott-volkman/343142/what-online-community> (page consultée le 24 août 2012)